

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

CHARLES LAIR

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 8 Janvier 1900, à Ivry-sur-Seine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DE

la Cholécystite, de l'Appendicite

ET DE

QUELQUES AFFECTIONS DU REIN DROIT

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECENE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	N...
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	N...
Clinique médicale.	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-I. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale	HOVELACQUE.	Anatomie.
ALGLAVE.	Pathologie chirurgi- cale	JOYEUX	Parasitologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale	LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
BASSET.	Pathologie chirurgi- cale	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgi- cale.
BAUDOUIN.	Pathologie médicale.	LE LORIER.	Obstétrique.
BINET	Physiologie.	LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LEMIERRE.	Pathologie médicale.
BRANCA	Histologie.	LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
BRULÉ.	Pathologie médicale.	LHERMITTE.	Pathologie mentale.
BUSQUET.	Pharmacologie et ma- tière médicale.	LIAN.	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	MATHIEU.	Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY.	Histologie.	METZGER.	Obstétrique.
CHIRAY.	Pathologie médicale.	MOCQUOT.	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC.	Pathologie médicale.	MONDOR.	Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ.	Hygiène.	MOURE.	Pathologie chirurgi- cale.
I. de JONG.	Anatomie pathologi- que.	MULON.	Histologie.
DUVOIR	Médecine légale.	PHILIBERT.	Bactériologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	RIBIERRE	Pathologie médicale.
FIÉSSINGER.	Pathologie médicale.	RICHET Fils.	Physiologie.
FOIX.	Pathologie médicale.	TANON.	Pathologie médicale.
GARNIER.	Pathologie expéri- mentale.	VAUDESCAL.	Obstétrique.
HARVIER.	Pathologie médicale.	VERNE.	Histologie.
HEITZ-BOYER.	Urologie.	VILLARET.	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT.	Pathologie médicale.	RETTERRER.	Histologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	LÖPER.	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet. .	Clinique médicale infantile.	RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR F. LEJARS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR LEJARS
M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD
M. LE DOCTEUR PARMENTIER
M. LE PROFESSEUR VAQUEZ

Externat

M. LE PROFESSEUR LEJARS
M. LE DOCTEUR HUDELO
M. LE DOCTEUR APERT
M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE
M. LE DOCTEUR KUSS
M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD
M. LE PROFESSEUR BEZANÇON
M. LE DOCTEUR MOULONGUET

Introduction

Les symptômes de la cholécystite et de quelques affections du rein caractérisées par une tumeur (ptose, hydronéphrose, néoplasme) sont décrits avec tant de netteté et avec un tel luxe de détails qu'il semble que le diagnostic de ces affections soit facile. Il en est ainsi le plus souvent. Mais, dans un certain nombre de cas, le diagnostic est hésitant, voire même impossible et peut donner lieu à un certain nombre d'erreurs.

Cholécystite, appendicite et « tumeurs » du rein (ptose, hydronéphrose, néoplasme) forment un véritable « trio pathologique », dans lequel deux quelconques de ces affections peuvent être prises l'une pour l'autre.

Nous nous proposons, dans les pages qui vont suivre, l'étude des symptômes différentiels de ces affections. Le plan de notre travail se trouve ainsi tout tracé. Nous étudierons successivement :

1° Les cas où le diagnostic se pose entre une cholécystite et une appendicite ;

2° Les cas où le diagnostic se pose entre une cholécystite et un syndrome tumeur rénale ;

3° Enfin ceux où le diagnostic se pose entre l'appendicite et certaines affections du rein.

Dans chacun de ces chapitres, après avoir essayé de montrer comment se présente le cas « embarrassant », nous chercherons, dans une analyse des divers symptômes, quels sont ceux de ces derniers qui paraissent conduire au diagnostic le plus certain.

Nous remercions tout particulièrement notre maître et président de thèse, M. le Professeur Lejars, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. Il a dirigé nos premiers pas dans nos études médicales et n'a cessé de nous prodiguer, durant notre scolarité, les conseils éclairés de sa longue expérience.

Diagnostic différentiel de la Cholécystite avec l'Appendicite

La vésicule biliaire prend le plus souvent contact avec la paroi abdominale au niveau de l'extrémité antérieure du 10^e cartilage costal droit. D'autre part, la situation de l'appendice est commandée par celle du cæcum sur lequel il s'insère; or le cæcum est situé dans la fosse iliaque droite qu'il remplit presque totalement. Tel est le siège normal le plus fréquent de ces deux organes, mais il est loin d'être constant.

La situation rétro-cæcale de l'appendice s'observe dans 13 % des cas suivant les auteurs ; un pas de plus et celui-ci arrive vers le bord inférieur du foie. C'est ainsi qu'on peut le trouver remontant jusqu'au bord tranchant du foie et entrant en contact par son extrémité avec la vésicule biliaire.

De son côté, la vésicule, à la suite de modifications physiologiques ou d'abaissement du foie par suite de divers états pathologiques peut descendre dans le flanc droit. Sa distension, seule, par la bile peut faire descendre son fond jusque dans la fosse iliaque droite et peut venir le loger dans la région appendiculaire.

On entrevoit déjà une des causes de la difficulté du diagnostic dans ces cas de siège anormal.

— Nous examinerons successivement :

1°) Les cas où une cholécystite simule une appendicite;

2° Les cas où une appendicite simule une cholécystite.

1°) *Cas où une cholécystite simule une appendicite.*

Ces cas sont certainement plus fréquents que les cas inverses où une appendicite simule une cholécystite. Cela tient probablement à ce fait que la vésicule biliaire présente, plus souvent que l'appendice, un siège anormal.

Jamais nous n'avons relevé dans nos observations de cas de cholécystite catarrhale : forme qui fait suite à une colique hépatique plus ou moins frustre, et qui se prolonge jusqu'au jour où elle se transforme en forme suppurée. Nous n'avons pas relevé davantage de formes scléro-atrophiques, où la vésicule est ratatinée sur elle-même et sur les calculs qu'elle contient, en même temps que ses parois sont généralement épaissies. Dans ces cas la vésicule est impalpable et la douleur généralement localisée. Au contraire, il s'agit presque toujours dans nos observations de cholécystite suppurée, que celle-ci paraisse survenir d'emblée ou qu'elle soit secondaire à des formes chroniques. L'opération nous en a donné la preuve, puisque, presque constamment,

on a retiré de la vésicule, non seulement des calculs, mais du pus ou tout au moins du séro-pus.

Voici comment les choses se passent dans la majorité des cas : un malade arrive à l'hôpital, envoyé par son médecin avec le diagnostic d'appendicite. Dans ses antécédents, on retrouve assez souvent des crises plus ou moins douloureuses sur lesquelles nous reviendrons lors de la discussion des symptômes. L'interrogatoire apprend qu'une nouvelle crise vient d'avoir lieu, laquelle a motivé son admission dans un service chirurgical et qui a fait poser le diagnostic d'appendicite ; mais celle-ci n'est pas nette, sinon toujours par ses symptômes du début, au moins dans son évolution.

2° Cas où une appendicite simule une cholécystite.

Nous ne possédons qu'une observation personnelle d'appendicite chronique d'emblée (obs. XVI), ayant fait penser à une infection de la cholécyste. Dans 2 autres cas, il s'agissait d'appendicite sub-aiguë ou aiguë anormale (variété sous-hépatique ou rétro-cæcale). Ces cas d'appendicite à siège anormal ont fait l'objet de nombreux travaux sur lesquels nous ne voulons pas revenir. Les accidents péritonéaux appendiculaires sont analogues à ceux qui ont pour point de départ la vésicule biliaire et ne sauraient, en aucune façon, venir en aide au diagnostic. Vomissements, sensibilité à la pression, tympanisme, état de la température et du pouls, facies

spécial ; tous ces phénomènes ont une cause commune : l'irritation de la séreuse par les agents pathogènes. Ils doivent même présenter une identité d'autant plus marquée dans les 2 cas : infections biliaire et appendiculaire, qu'il s'agit presque toujours du même micro-organisme : le coli-bacille. L'élément capital de diagnostic reste ainsi la localisation de la douleur et celle de la tuméfaction plus ou moins limitée, plus ou moins sub-mate qu'on appelle le gâteau péritonéal ; expression clinique d'une collection purulente.

Il reste enfin le cas des abcès appendiculaires à distance décrits par Piard (1) et qui occupent de préférence cette partie de l'étage supérieur de l'abdomen, compris entre le lobe droit du foie et le rein, à droite de l'hiatus de Winslow, au-dessus de l'angle hépatique du côlon et de l'extrémité droite de la racine du méso-côlon transverse.

Enfin, dans un cas (obs. XVII), on constate à l'autopsie comme lésion anatomo-pathologique, une lésion appendiculaire sans lésion vésiculaire. Cependant le bord gauche du foie est uni au côlon par des adhérences récentes. Il y a là une réaction péritonéale et ce fait est important, car c'est cette péritonite localisée qui peut expliquer l'existence d'un syndrome cholécystique.

On voit, en résumé, que s'il y a un type clini-

(1) PIARD — Th. de Paris 1895-1896. Les suppurations à distance appendiculaires.

que assez caractérisé de cholécystite simulant l'infection de l'appendice, il est plus malaisé d'en dresser un des cas d'appendicite simulant une infection de la vésicule. Il nous semble que divers cas peuvent être notés : ceux où une situation anormale de l'appendice donne le change pour une cholécystite; nous les avons éliminés du cadre de notre étude. Puis ceux d'abcès à distance, et enfin ceux, plus rares, où une forme chronique d'appendicite a pu simuler une cholécystite chronique. Ce sont ces derniers qui vont nous occuper.

Chemin faisant, nous n'avons pas parlé de la cholécysto-appendicite ; l'association des deux affections est en effet fréquente. De nombreux auteurs, en particuliers Dieulafoy, ont attiré l'attention sur elle et l'on s'est demandé laquelle des deux affections était la première en date. D'après Dieulafoy, l'infection descendante était la règle, c'est-à-dire que les phénomènes vésiculaires débutaient d'abord. Depuis les auteurs, à l'aide de statistiques, ont montré que l'inverse paraissait plus vraisemblable. Nous verrons l'intérêt de cette question dans l'étude des symptômes qui va suivre.

3°) *Etude analytique des symptômes communs aux 2 affections : cholécystite et appendicite.*

ICTÈRE. — Nous plaçons ce symptôme le premier comme nous paraissant le meilleur. Certes, l'ictère souligne une affection du foie ou des voies biliaires,

mais on remarquera qu'il manque dans presque toutes nos observations. Il est en effet peu fréquent dans la cholécystite seule ; il n'existe que lorsqu'il y a angiocholite associée et nous savons que l'infection isolée de la vésicule est fréquente.

Mais il est des cas où l'ictère existe dans l'appendicite : c'est un symptôme bien connu de l'appendicite chronique et il peut devenir, dans les cas où il y a hésitation de diagnostic, un symptôme trompeur.

Toutefois, dans l'infection de la vésicule, c'est, quand il existe, un véritable ictère, avec souvent un peu de température et fréquemment des selles décolorées et des urines acajou. Au contraire, dans l'appendicite chronique, c'est un subictère souvent limité aux conjonctives. Le facies du malade est plutôt terreux et rappelle un peu celui qu'ont les malades atteints de cholémie familiale ; s'est souvent un état permanent. Enfin dans les 2 cas, on peut trouver des pigments dans les urines ; la réaction de Gmelin peut être positive.

SYMPTOMES DOULEURS ET TUMEURS. — L'histoire des crises douloureuses, révélées par l'interrogatoire des malades peut paraître aussi importante pour l'établissement du diagnostic différentiel que le symptôme douleur, révélé par l'examen clinique. Dans l'interrogatoire, on se heurte à deux sortes de difficultés pour rétablir l'histoire de ces crises douloureuses. D'abord la fréquence des crises frustes ; les

malades ne désignent aucun point d'élection : ils disent qu'ils ont eu mal dans tout le côté droit de l'abdomen, ils ne savent pas distinguer le siège douloureux de l'irradiation secondaire. D'autres montrent leur région épigastrique, là, où beaucoup d'affections abdominales retentissent. D'autre part, certains d'entre eux sont « éduqués », et déclarent avoir eu le mal dans la fosse iliaque, pour être conformes au diagnostic posé alors par leur médecin : celui d'appendicite. — Toutefois, on peut poser dans certains cas, un diagnostic vraisemblable lorsque la crise débute 3 ou 4 heures après le repas, surtout celui du soir, vers minuit, avec douleurs bien localisées à l'hypocondre droit et irradiations typiques vers l'épaule droite, la région inter-scapulaire, le sein droit ; on peut affirmer une colique hépatique, même s'il y a quelques irradiations vagues vers la fosse iliaque, auquel cas les malades ne manquent jamais d'appeler l'attention de ce côté, et on voit ainsi les causes d'erreur possible.

Cet interrogatoire a pour but de faire pencher le diagnostic hésitant du côté de la vésicule ou de l'appendice. Aussi, quelle valeur faut-il attribuer à ces antécédents lithiasiques ou appendiculaires ? Ces antécédents douloureux, de quelque nature qu'ils soient, nous les avons trouvés absents dans 55 % des cas. Dans les autres cas, nous pensons qu'ils n'ont que fort peu de valeur. Certes, ils sont un soulagement pour l'esprit du médecin qu'ils entraînent plus volontiers vers tel ou tel diagnostic,

lorsque l'examen physique n'est pas concluant, mais il faut nous rappeler la fréquence de la cholécysto-appendicite. Chez beaucoup de malades ayant une appendicite vérifiée à l'intervention sans lésion actuelle de la vésicule, on retrouve un passé douloureux rappelant fort bien la lithiase infectée : telle notre malade (obs. XVI), qui se présentait avec un syndrome d'appendicite chronique simulant une cholécystite et qui avait eu des coliques hépatiques nettes, avec ictère. Celle-ci, auraient dit les partisans de l'infection descendante (Dieulafoy et ses élèves), a été une vésiculaire ; elle est maintenant une appendiculaire.

Les antécédents appendiculaires ne nous paraissent pas avoir beaucoup plus de valeur. Il y a en effet des cas certains de lithiase biliaire qui se traduisent par une douleur appendiculaire pure, sans appendicite. Sans doute, le médecin qui assiste aux phénomènes douloureux constate-t-il, qu'il y a quelque chose d'anormal dans ces appendicites, qu'indépendamment du point de Mac Burney douloureux, il y a bien au-dessus, une zone douloureuse, mais la douleur de la fosse iliaque prédomine ; ce sont ces malades chez lesquels on fait néanmoins le diagnostic d'appendicite, quelquefois avec la réserve de cholécystite associée possible. Naturellement, le malade que l'on interroge pour son affection actuelle dit avoir eu des crises appendiculaires, puisqu'on le lui a dit et, qu'en effet, il a souffert au niveau de la fosse iliaque.

« C'est, il y a une quinzaine d'années que nous fîmes notre première constatation, dit à ce sujet, M. F. Ramond (1) ; sur une malade du D^r Deslassay, que nous avons l'honneur de remplacer, nous portâmes le diagnostic d'appendicite, avec peut-être lithiasse biliaire concomitante, diagnostic aussitôt confirmé par M. Jalaguier. L'opération nous démontra l'absence d'appendicite et l'existence d'une cholélithiasse caractérisée. Depuis cette époque, nous avons eu l'occasion encore 2 fois, de faire contrôler par l'opération notre erreur d'interprétation qui avait été de considérer comme appendicite vraie une douleur régionale réflexe et provoquée par une crise fruste de colique hépatique. Notre attention, désormais attirée sur cette coïncidence possible de douleurs, nous avons cherché la sensibilité appendiculaire au cours des lithiases biliaires confirmées, et nous l'avons constatée d'une façon très fréquente, c'est-à-dire dans les 2/3 des cas ».

Si, d'autre part, on se rappelle que, dans presque toutes nos observations faisant l'objet d'un diagnostic hésitant, au moins à un moment donné, la vésicule était plus ou moins abaissée, on ne s'étonnera pas que les douleurs bien localisées au point de Mac Burney, même violentes, puissent être mises sur le compte d'une cholécystite avec péricholécystite. Dans ces cas, la palpation d'une tumeur ayant les caractères d'une vésicule fait comprendre l'erreur et fait le diagnostic.

(1) RAMOND. — Le Médecin français, 1^{er} Juin 1921.

En résumé, les antécédents douloureux n'ont, dans les cas difficiles que peu de valeur, quand ils ne sont pas susceptibles de nous induire en erreur.

Nous attacherons plus d'importance à l'étude même de la crise actuelle qui amène le malade à consulter et le chirurgien à intervenir, le cas échéant.

1^o) *Dans la cholécystite chronique.* — Il s'agit d'une poussée de péritonite adhésive analogue à celle de l'appendicite. C'est la cholécystite à répétition. La forme scléreuse, si fréquente de la lithiasé, se traduit par la rétraction de la cavité vésiculaire, par une atrophie qui souvent permet à peine la palpation à travers la paroi abdominale. Dans ces cas, la cholécystite passerait fréquemment inaperçue si elle ne se révélait par des douleurs parfois vives. Les troubles digestifs ne présentent rien de particulier que leur périodicité ; les phénomènes douloureux sont rarement confondus avec ceux de l'appendicite. Ce n'est que rarement qu'ils peuvent présenter des irradiations tout le long du côlon ascendant et avoir un retentissement jusqu'à la fosse iliaque droite ; ce sont alors ces malades chez lesquels on a pu porter, à cause de cette irradiation, le diagnostic d'appendicite et même d'entérite.

Mais à côté de ces formes atrophiques, les plus rares, on peut observer une dilatation considérable de la cholécyste, dont les parois, tantôt amincies, tantôt au contraire épaissies, se distendent et dont le pédicule est très allongé. La vésicule descendant dans le flanc, puis dans la fosse iliaque droite, y dé-

termine des symptômes de péritonite localisée. Et voilà comment la cholécystite, en formant autour d'elle, des infiltrats, des indurations peut revêtir un polymorphisme trompeur et être confondue avec une appendicite.

Il y a un cas un peu particulier, mais qui nous paraît intéressant. C'est celui que réalise l'observation XIV. Y a-t-il cholécystite, appendicite, ou les 2 affections associées. Le diagnostic a d'autant plus d'intérêt que c'est l'intervention qui est en cause et que celle-ci peut être inutile ou même nuisible, en favorisant parfois la diffusion d'un processus péritonitique que l'immobilité et la glace éteignent rapidement. Il s'agit, en l'espèce, d'une malade chez laquelle les 2 syndromes appendiculaire et vésiculaire — nous ne disons pas appendicite et cholécystite —, ouvrent la scène presque simultanément. L'examen physique permet d'affirmer une cholécystite, tandis que la douleur appendiculaire qui avait même prédominé et qui s'était accompagnée de ballonnement du ventre disparaît assez rapidement. Y a-t-il, dans ces cas, cholécysto-appendicite? Certains ont prétendu (1) qu'on pouvait comparer ces cas à ceux où l'on voit, en clinique infantile notamment, un enfant atteint de pneumonie du sommet se manifestant par un point de côté abdominal, avec vomissements bilieux et même faciès abdominal. Il nous semble plus logique de penser qu'il s'agit, dans un

(1) Société médicale des Hôpitaux (3 Novembre 1905)

certain nombre de ces cas atypiques, d'un processus de péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire ; ces malades sont le plus souvent, en effet, des lithiasiques de longue date, qui ont eu tout le temps nécessaire pour infecter leur vésicule d'une façon chronique, ayant souvent passée inaperçue.

D'après l'étude de nos observations, il nous paraît que :

1°) En cas de cholécystite atypique réalisant un syndrome pseudo-appendiculaire, la douleur est toujours moins localisée ; souvent son maximum siège à 1 ou 2 cm. au-dessus du point de Mac Burney. Au-dessus, on trouve constamment une sensibilité qui se prolonge plutôt en haut qu'en bas, bien que le point de Mac Burney soit évidemment sensible ;

2°) Cette douleur, ou plutôt ces phénomènes douloureux, cèdent plus rapidement, que ne le feraient des phénomènes d'égale intensité, vraiment appendiculaires. On a même l'impression que l'empâtement tend à disparaître plus rapidement dans le cas de cholécystite.

— Plus fréquente et facile est encore l'erreur dans les cas de cholécystite aiguë suppurée. Aux phénomènes péritonéaux dont nous avons parlé, viennent se joindre des symptômes objectifs d'une grande importance : les caractères de la tumeur vésiculaire.

Dans l'observation I, la malade se présentait avec des symptômes paraissant nets, d'appendicite. Notons d'ailleurs qu'elle avait des antécédents rappe-

lant l'appendicite chronique à poussées. On ne sentait qu'un gros plastron péritonéal dans la fosse iliaque, sans qu'on puisse y déceler une tuméfaction quelconque. Mais les symptômes péritonéaux s'amendèrent assez rapidement et on sentit ensuite qu'il devait y avoir une tumeur sous-jacente, avec réaction péritonéale. L'amélioration se poursuivant, on finit par éliminer l'appendicite en raison de la tumeur de plus en plus perceptible. Il s'agissait d'une vésicule adhérente au côlon.

Dans certains cas, on trouve la vésicule fixée au péritoine de la crête iliaque, par des adhérences épaisses (obs. VII et VIII).

Un caractère très important, presque pathognomique, pour le diagnostic différentiel, c'est la mobilité de la tumeur. Nous reviendrons sur elle, lorsque nous étudierons le diagnostic différentiel de la cholécystite avec un certain nombre d'affections chirurgicales du rein.

Ajoutons enfin, que l'examen fréquent, à intervalles rapprochés, pourra parfois faciliter le diagnostic : dans l'observation V, R. Le Fort déclare, en effet, qu'au cours d'un examen prolongé, entre deux exacerbations, on avait trouvé un point douloureux au niveau de la vésicule et qu'on avait même cru percevoir une tumeur à ce niveau.

Percussion de l'abdomen. — La percussion de l'abdomen, jointe à la palpation peut d'abord montrer une augmentation de volume du foie qui dépasse par en bas les fausses côtes ; l'attention du

chirurgical est ainsi attirée du côté de la région hépatique ; on peut également observer un abaissement total de l'organe comme dans le cas d'Adenot (obs. IV). De plus, la percussion fait constater une zone de matité présentant la forme de la tumeur et se continuant en haut avec celle du foie sans interposition d'une bande sonore, dans le cas de cholécystite. Cette continuité de la matité hépatique avec la tumeur peut, il est vrai, être absente (obs. I), mais lorsqu'elle existe, et il en est ainsi le plus souvent, elle est d'une grosse importance diagnostique comme le montrent les observations III et IX.

Valeur de quelques points douloureux. — En raison de la description assez récente de ces petits signes, nous ne les avons pas trouvés dans les observations empruntées à la littérature. Nous n'avons donc pu les étudier que sur nos propres observations et sur des observations récentes.

1) *Point épigastique.* — Il n'a que peu de valeur diagnostique en raison du grand nombre d'affections abdominales qui se traduisent par une douleur à la pression du plexus coeliaque.

2) *Le point cystique* n'aurait de valeur que si la vésicule avait un siège normal ; or, dans un grand nombre de cas, la difficulté du diagnostic ayant pour cause l'abaissement de la vésicule, on conçoit que ce signe fasse défaut.

3°) *Le point pancréatico-cholédocien* nous a paru

un bon signe, même lors de l'abaissement de la vésicule. Chez une seule de nos malades chez laquelle l'intervention a révélé l'absence de lésions vésiculaires (obs. XVI), on trouvait ce signe positif, mais celle-ci avait présenté autrefois des crises hépatiques nettes, avec ictère, de telle sorte que c'est un cas difficile à interpréter. La mort par embolie de cette malade ne nous a pas permis de contrôler la persistance de ce signe après ablation de l'appendice.

4°) Quant au *point phrénique droit* (douleur à la pression entre les 2 chefs d'insertion des sterno-mastoïdiens), dans cette même observation où il s'agissait uniquement d'appendicite, il était très net. Ce signe auquel on prête habituellement une certaine valeur diagnostique en faveur de la lithiasé, nous l'avons recherché systématiquement chez plusieurs malades : il est aussi fréquent et parfois aussi net dans l'appendicite que dans l'infection vésiculaire. En cela nous ne faisons que confirmer une récente communication à l'Académie de Médecine (1) où MM. Michail et Iliescu ayant examiné 150 cas d'appendicite aiguë ou latente, posent en conclusion que dans toute appendicite on trouve positif le signe du phrénique. Ce signe disparaîtrait définitivement après l'appendicéctomie et temporairement après l'application d'une vessie de glace, pour reparaître lors des crises ultérieures. L'explication du signe serait donnée dans ce cas par l'existence de la lym-

(1) Bulletin de l'Académie de Médecine du 26 Janvier 1926.

phangite ascendante sub-hépathique d'origine appendiculaire autour des organes du carrefour sous-hépatique, laquelle irriterait les terminaisons sub-hépatiques du phrénique droit.

En somme, le signe de phrénique ne nous paraît pas avoir la valeur que certains lui ont attribuée.

Autres signes accessoires. — On peut s'aider enfin de quelques signes de présomptions :

- 1° L'âge. Nous n'avons pas noté dans nos observations le fait, soutenu par des auteurs, que l'appendicite survenait à un âge plus avancé que la cholécystite.
- 2° Le sexe. Mais, par contre, il est incontestable que les cas de cholécystite sont infiniment plus fréquents chez la femme que chez l'homme. Dans 13 cas sur 15 où on a posé le diagnostic de cholécystite, il s'agissait d'une femme.
- 3° Les petits troubles digestifs antérieurs sont fréquents dans les 2 affections, mais la constipation semble être plus constante dans l'appendicite.

Enfin, nous voulons examiner à part le cas de l'appendicite aiguë généralisée et de la cholécystite avec péritonite généralisée. Le tableau clinique se présente de façon très différente de celui des autres formes d'infection de la vésicule ou de l'appendice (obs. XIII). La péritonite généralisée est relativement rare dans la cholécystite. A vrai dire, il s'agit

presque toujours d'une perforation de la vésicule, c'est-à-dire d'une complication de la cholécystite plus ou moins latente, que de cholécystite véritable. La péritonite est, au contraire, plus fréquente dans l'appendicite. Si elle survient au cours d'une péri-appendicite, son origine est évidente. Mais, si elle survient d'emblée, son origine peut être des plus difficiles et même impossible à déterminer, d'autant que dans la cholécystite le liquide purulent peut s'accumuler dans la partie droite de l'abdomen et les phénomènes douloureux peuvent atteindre leur maximum d'intensité au point de Mac Burney. Il n'y a pas d'autre signe actuel que la recherche du point maximum de la douleur spontanée ou provoquée à la pression. Les commémoratifs prennent dans ces cas une certaine importance et bien que la succession des 2 syndrômes cholécystique et appendiculaire soit fréquente, ils sont capables à eux seuls de faire pencher le diagnostic dans un sens ou dans l'autre, puisque le siège de la douleur, seul symptôme différentiel, n'affecte aucune localisation précise.

Désirant rester dans le cadre de l'examen clinique, c'est volontairement, que nous n'avons pas parlé de 2 éléments de diagnostic :

1° La radiographie, qui lorsqu'elle met en évidence des calculs, permet d'affirmer le diagnostic de cholécystite calculeuse. Mais, tout d'abord, des calculs peuvent exister et ne pas impressionner l'image radiographique, tels ceux formés de cholestérine.

L'absence effective de calculs dans la vésicule n'excluant point le diagnostic de cholécystite, on conçoit que la radiographie n'ait que peu d'intérêt dans ces cas.

2° Le tubage duodénal, que nous ne ferons que citer également, ainsi que l'épreuve de Lyon-Meltzer, qui peuvent déceler une infection vésiculaire. Nous ne nous prononcerons pas sur cette méthode qui n'est pas encore entrée dans la pratique courante.

En définitive, nous concluons que les symptômes cliniques les plus caractéristiques pour le diagnostic différentiel de la cholécystite avec l'appendicite sont par ordre d'importance :

1° La présence d'une tumeur biliaire avec ses différents caractères ;

2° Le siège maximum de la douleur ;

3° L'ictère.

Diagnostic différentiel de la cholécystite avec quelques affections chirurgicales du rein droit

Dans ce chapitre, nous nous proposons d'étudier le diagnostic différentiel de la cholécystite avec tumeur biliaire, avec un syndrome « tumeur rénale », que cette tumeur traduise un néoplasme, une hydronéphrose ou un rein ptosé. C'est dire que le symptôme tumeur fera le fond de notre étude.

Ces affections chirurgicales du rein semblent devoir, à priori, se différencier aisément d'une infection vésiculaire avec vésicule palpable, car la cholécystite s'accompagne d'un cortège de signes qui rendent facile son diagnostic. Mais, en clinique, le groupement symptomatique n'est pas toujours au complet.

Il semble, par exemple, que l'ictère soit un signe pathognomique. Sans doute, mais, d'abord, notons qu'il est rare dans la cholécystite. Et d'autre part il existe des cas d'hydronéphrose ou de ptose rénale où il y a de l'ictère. Cet ictère est dû, dans certains cas, au rein droit qui forme une tumeur dure pressant sur le pyllore et les voies biliaires avec ou sans vési-

cule distendue. On conçoit dans ce dernier cas, combien le diagnostic devient difficile. D'autres fois, l'ictère peut être dû à des adhérences au niveau du pylore et du rein droit ; ce dernier étant dévié vers la ligne médiane et comprimant le duodénum, le pylore et les canaux biliaires. Dans l'observation XXI, l'ictère était dû à une compression des voies biliaires par le rein droit.

En résumé, et nous empruntons ces lignes à la thèse de Deguillaume (1), l'ictère, symptôme trompeur dans les cas de diagnostic difficile, traduit en cas d'affections du rein droit, soit :

1° Une compression directe des voies biliaires par le rein.

2° Une compression des voies biliaires par le pédicule du rein.

3° Une compression des voies biliaires par l'intermédiaire du duodénum, qui est lui-même directement comprimé par le rein ;

4° Un tiraillement des voies biliaires par l'intermédiaire des ligaments péritonéaux insérés sur le rein d'une part et sur les voies biliaires, d'autre part.

— L'ictère variable et intermittent semble l'apanage de l'ictère par infection des voies biliaires pouvant accompagner celle de la vésicule. Mais l'hydronéphrose, avec ses crises intermittentes de rétention, non seulement simule par ses douleurs, comme nous

(1) Thèse de Paris, 1910-11. Symptômes d'obstruction biliaire dans les affections chirurgicales du rein droit,

le verrons, la cholécystite, mais aussi, par ses phénomènes de compression possible sur les voies biliaires, peut donner lieu à un ictère paraissant procéder par poussées (obs. XXV).

Si l'on ajoute que l'hydronéphrose peut évoluer avec de la température, en raison de phénomènes infectieux associés, la similitude avec une cholécystite sera complète.

Notons enfin que la bilithiase, c'est-à-dire l'association de la lithiase biliaire et de la lithiase rénale étant assez fréquente comme l'a montré notre maître M. le Professeur Chauffard (1), on pourra trouver chez un malade, ancien lithiasique rénal, une hydronéphrose, associée à des symptômes de lithiase biliaire avec ictère. C'est dire que pour notre part nous croyons qu'il ne faut attribuer qu'une valeur très relative au point de vue diagnostic différentiel, au symptôme ictère.

Diagnostic positif de la tumeur vésiculaire. —

Avant d'aborder l'examen critique de quelques tumeurs palpables de l'hypochondre, du flanc et de la fosse iliaque droite, car c'est cet examen qui fait le fond de cette étude, nous pensons qu'il est indispensable de rappeler brièvement quels sont les symptômes que revêtent habituellement les tumeurs formées par une grosse vésicule. Munis de ce repère, nous aborderons plus aisément un parallèle clinique.

(1) Clinique de St-Antoine, 1923.

L'inspection de la région ne donne souvent aucun résultat. Il en est ainsi dans toutes nos observations. Ce n'est que très rarement qu'on peut y constater un soulèvement de la paroi. La palpation nous fournit, par contre, la part capitale de renseignements ; elle nous révèle la présence d'une tumeur. En particulier, dans les cas qui font l'objet de cette étude, jamais ces phénomènes de péricholécystite ne viennent masquer ou gêner la palpation au point de laisser ignorer une grosse vésicule.

En effet, on conçoit que le fait de s'accompagner de réaction péritonéale n'est pas le propre d'une affection chirurgicale du rein, mais d'une infection de la vésicule ou de l'appendice, et alors dans ce cas, le diagnostic différentiel ne se pose pas.

La tumeur peut siéger dans l'hypochondre droit, sous le bord inférieur du foie, généralement sur une ligne oblique, très importante suivant certains auteurs : la ligne chondro-costo-ombilicale (Denucé). C'est une ligne qui part de l'extrémité antérieure du dernier cartilage costal, se dirigeant en bas et à gauche, pour passer à 1 ou 2 cm. au-dessous de l'ombilic. La vésicule peut occuper un siège plus inférieur et descendre dans le flanc droit et même la fosse iliaque. Dans ces cas, son axe paraît être parallèle au grand axe du corps.

Cette tumeur est généralement circonscrite, bien limitée ; le plus souvent, elle est piriforme : sa grosse extrémité se dirigeant en bas et un peu vers la ligne médiane. Exceptionnellement, on peut sentir

quelques irrégularités, rappelant la sensation de cailloux contenus dans un sac. Elle est peu élastique, rénitente ; la fluctuation est rarement appréciable. Le volume est essentiellement variable : depuis celui d'une vésicule normale jusqu'à celui d'un œuf d'oie, d'une noix de coco. Ce volume serait sujet à des variations. Notons que la tumeur atteignant généralement lentement ses dimensions ne se révélant longtemps que par peu ou pas de signes, une grosse vésicule peut n'être perçue que lorsqu'elle est déjà très volumineuse. Son évolution est donc peu susceptible d'être étudiée.

La recherche de la mobilité est des plus importantes. La tumeur est mobile avec les mouvements de la respiration pendant lesquels elle suit les mouvements du foie. Lorsqu'elle ne présente pas d'adhérences, c'est-à-dire s'il n'y a pas de péricolicystite et surtout si elle se trouve dans le flanc ou la fosse iliaque, on peut lui imprimer des mouvements de latéralité.

La perception d'un cordon reliant l'extrémité de la tumeur au foie, surtout quand celle-ci est très abaissée, a un gros intérêt, mais ce symptôme est rare.

La percussion de la moitié droite de l'abdomen montre, dans les cas typiques, une matité assez bien limitée, répodant à la tumeur ; cette zone peut se déplacer en décubitus latéral gauche, notamment si la vésicule est mobile. On constate, de plus, qu'il n'y a pas de bande sonore interposée entre la zone de matité et la matité hépatique.

Quant à entendre en malaxant la tumeur un bruit analogue à celui que feraient des cailloux ou des noisettes contenues dans un sac, il n'y faut pas compter : c'est un signe plus théorique que pratique.

Tels sont les caractères positifs de la tumeur vésiculaire. Si nous y joignons l'étude des phénomènes douloureux avec leurs irradiations, et des troubles digestifs qui accompagnent la présence de la tumeur, nous aurons retracé le tableau de la cholécystite calculeuse.

1° *Diagnostic de la cholécystite accompagnée de grosse vésicule, avec le rein ectopié.* — Dans les cas où se présente ce diagnostic, il s'agit de malades qui viennent consulter pour des douleurs ou de l'ictère. Quelquefois, c'est par hasard, à l'occasion d'un examen pour une autre affection, qu'une tuméfaction est découverte. Nous ne reviendrons pas sur l'ictère par compression des voies biliaires (obs. XXVII et XXVIII).

L'examen de la courbe thermique. — Nous plaçons ce symptôme de grande valeur, au début, pour l'éliminer, car il manque dans presque toutes nos observations. A moins d'avoir affaire à un rein ptosé avec poussées de pyélonéphrite, ce qui est assez rare, il s'agit le plus souvent de cholécystite se traduisant par de petites poussées d'infection avec douleurs plus ou moins accusées et élévation thermique passagère. Dans ces cas, avec température et absence de pus dans les urines, le diagnostic diffé-

rentiel ne se pose guère, la valeur de symptôme température étant ici presque absolue et faisant le diagnostic.

Douleurs. — Il semble que les douleurs du rein ptosé : sensation de pesanteur dans le bas-ventre et de tiraillement lombo-iliaque, surtout après la marche ou la simple station debout, avec irradiations à la fesse, à la cuisse, à l'aîne correspondante, à la vessie, peuvent être différenciées aisément des douleurs de l'hypochondre avec irradiations vers l'épaule droite et le dos. Mais, il ne faut pas oublier que les crises frustes, spécialement chez les lithiasiques chroniques, sont fréquentes, que les irradiations vers la fosse iliaque ne sont pas rares. D'autre part, lorsqu'il s'agit de grosse vésicule siégeant dans le flanc ou la fosse iliaque, on comprend aisément que ces sensations douloureuses ne soient plus caractéristiques et qu'elles puissent présenter bien des analogies avec les pesanteurs qu'accusent les malades ayant un rein ectopié.

Les troubles urinaires ne sont pas davantage susceptibles de mettre sur la voie du diagnostic, car ils sont fréquemment absents dans ces deux affections. Dans un seul cas d'ectopie rénale (obs. XXVII), on notait la fréquence des mictions : il s'agissait là, soit d'un phénomène réflexe, soit d'une pression directe du rein qui était extraordinairement descendu, soit d'un phénomène réflexe.

L'étude de *la tumeur* est dans ces cas la seule qui

puisse nous fournir un élément de diagnostic. Lorsqu'en palpant l'abdomen, on sent une tumeur globuleuse, dure, lisse, mobile, on pense volontiers à un rein flottant. Si cette tuméfaction rappelle plus ou moins nettement la forme d'un haricot ayant la grosseur du poing, et si on peut réduire cette tuméfaction de bas en haut dans la loge rénale en éprouvant la sensation d'un noyau de cerise exprimé entre les doigts en même temps que le malade éprouve une sensation douloureuse bien spéciale, on est en droit d'affirmer la présence d'un rein estopié. Malheureusement, en clinique, il est fréquent que tous ces signes ne soient pas réunis.

Les auteurs classiques appuient leur diagnostic différentiel sur :

- 1° La forme différente de la tumeur rénale et de la tumeur vésiculaire ;
- 2° Le siège exact de cette tumeur ;
- 3° La mobilité ;
- 4° Les connections de la tumeur vésiculaire avec le foie ;
- 5° La palpation de la région lombaire ;
- 6° Les caractères de la douleur produite par la palpation ;
- 7° Les antécédents lithiasiques.

Souvent, ce qu'on sent à la palpation, c'est une tumeur globuleuse dont on peut apprécier la régularité ou, au contraire l'irrégularité dans quelques

rares cas de cholécystite (obs. XX). Mais, jamais nous n'avons pu apprécier la forme en haricot ou en poire de la tumeur. *Le siège* de cette dernière ne nous paraît pas non plus un bon signe, à moins qu'on ait affaire à une tuméfaction siégeant à l'extrémité antérieure du 10^e cartilage costal. Encore faut-il noter la fréquence relative du rein ectopié dans l'hypochondre droit. Dans 51 observations de ptose rénale que nous avons compulsées, 22 fois cet organe fut perçu dans l'hypochondre dr. Jamais nous n'avons eu la sensation d'une tumeur fluctuante. Ce signe n'a été rapporté qu'une seule fois (obs. X). Quant à la variabilité de volume de cette tumeur, nous l'avons trouvée une fois (obs. VII) sur 18 cas de cholécystite. On s'explique d'ailleurs mal les raisons de ce phénomène. Nous pensons plutôt que cette sensation est donnée par la disparition partielle de la péricholécystite surajoutée.

La mobilité de la tumeur est, par contre, un signe capital. Presque toujours, le rein est réductible dans sa loge. Mais, il n'est guère mobile latéralement. Au contraire, la tumeur vésiculaire, moins mobile en raison d'adhérences fréquentes, en tout cas, ne pouvant jamais être refoulée totalement dans le foie, est, plus souvent, que ne l'est le rein, mobile latéralement. Dans l'observation XXIII, la mobilité latérale, était le seul signe vésiculaire, alors que tous les autres symptômes plaidaient en faveur d'une tuméfaction rénale.

La mobilité pendant les mouvements respiratoires est notée dans les deux cas de rein ptosé ou de grosse vésicule, mais moins souvent toutefois dans le cas de tumeur biliaire en raison d'adhérences plus fréquentes qui fixent la vésicule.

Les rapports de la tumeur avec le foie constituent, après la mobilité de celle-ci, un grand signe différentiel. La présence d'une matité reliant la tumeur à la matité hépatique ou au contraire la présence d'une bande de sonorité nous ont paru presque pathognomoniques. Dans une seule de nos observations (obs. I), les relations classiques avec le foie manquaient. Exceptionnellement, le rein ectopié peut, par suite d'adhérences, présenter les mêmes rapports avec le foie qu'une grosse cholécyste (obs. XXIX et XXX), et on conçoit que l'erreur soit encore plus facile, étant donnée la présence de l'ictère dans un de ces cas (obs. XXIX). La matité au-devant de la tumeur en cas de cholécystite est également la règle. Nous ne l'avons trouvée en défaut qu'une seule fois (obs. XXIII) où elle fit éliminer le diagnostic de tumeur cholélithiasique.

La palpation de la fosse lombaire, associée au palper abdominal peut donner d'utiles renseignements. Le fait de trouver à la palpation une tuméfaction superficielle ou au contraire profonde fait naturellement penser à une vésicule ou à un rein ptosé : il en est ainsi dans la plupart des cas. Notons toutefois que la palpation de la tumeur à travers une paroi

adipeuse peut donner une sensation fausse de tumeur profonde dans le cas d'une vésicule. Peut-être, la présence d'adhérences peut-elle donner aussi dans le cas d'une vésicule calculeuse (obs. XXIII) la sensation de tuméfaction profonde, que donne en général un rein ptosé.

Dans un grand nombre de cas empruntés à la littérature, il n'est pas fait mention de la recherche du contact lombaire et du ballottement rénal. Lorsqu'on recherche systématiquement ces deux signes, on les trouve le plus souvent, en cas de tumeur rénale. Ce sont même là, les seuls signes différentiels que l'on peut avoir pour distinguer une vésicule d'une tuméfaction rénale. Dans une seule de nos observations (obs. XXIII) où il s'agissait d'une vésicule qui siégeait profondément, R. Le Fort, trouvant le « ballottement rénal perçu avec une telle netteté », le fait rechercher par tous ses élèves. C'est là une exception heureusement rare, car le diagnostic, dans ce cas, est à peu près impossible.

Le symptôme *douleur à la palpation* a une valeur non douteuse. En cas de rein mobile, ce « cri de l'organe » est bien spécial. C'est, disent les malades, une sorte de pincement qui ne dure pas ; certains d'entre eux ont même la sensation que quelque chose a bougé dans l'abdomen. Bien différente est la douleur révélée par la palpation d'une vésicule. Ou bien, cette douleur peut ne pas exister, c'est là un fait plus fréquent qu'en cas de rein ptosé ; ou bien, si elle existe, elle est plus diffuse, et il reste plus souvent une sensibilité de la région.

Si les *antécédents douloureux lithiasiques* ont peu de valeur pour différencier une cholécystite avec une appendicite, il en est tout autrement dans le cas où le diagnostic se pose avec un rein ectopié, car il n'y a pas là les mêmes causes d'erreur que nous avons déjà signalées. Leur recherche acquiert, dans ce cas, une grande importance, surtout si on retrouve des antécédents lithiasiques remontant à un âge relativement jeune, où le rein ptosé est rare.

2° *Diagnostic de la cholécystite avec une tumeur néoplasique du rein droit.* — Nous serons brefs sur ce chapitre, le diagnostic de la cholécystite avec une tumeur du rein ne se posant que rarement, l'hématurie, symptôme signal, s'observant 9 fois sur 10 (Israël) et le varicocèle symptomatique, signant le diagnostic. C'est surtout chez l'enfant où la tumeur est le premier symptôme appelant l'attention. Or, la lithiase biliaire étant très rare chez l'enfant, ce n'est guère chez ce dernier où se posera le diagnostic entre une tumeur du rein et une grosse vésicule. La tumeur peut être, toutefois, chez l'adulte, le premier et seul symptôme existant. Dans ce cas, le problème à résoudre est analogue au précédent relatif au diagnostic avec le rein ectopié, c'est dire que nous attacherons une grande valeur aux symptômes suivants :

1° La température ;

2° Le contact lombaire et le ballottement rénal.

Les caractères de la tumeur peuvent permettre, à

eux seuls, d'affirmer le diagnostic. La surface est souvent bosselée et sa consistance dure. Son volume peut dépasser de beaucoup celui d'une vésicule. La mobilité, qui n'existe qu'au début, quand la tumeur n'a pas encore contracté d'adhérences, n'a que peu de valeur différentielle. Il y a fréquemment, en raison de la présence du côlon distendu par les gaz, de la sonorité au-devant de la tumeur. En cas de matité, avant d'affirmer le diagnostic de grosse vésicule, il est utile, comme le conseille Lecène, de distendre le gros intestin, à l'aide d'une sonde rectale adaptée à une soufflerie de thermo-cautère par exemple. La sonorité apparaît alors et prouve l'existence d'une tumeur rétropéritonéale.

Quant à la douleur, symptôme très inconstant, elle n'est d'aucun appoint pour le diagnostic. La douleur manque en effet, alors que la tumeur peut remplir l'hypochondre et le flanc droits. Quand la douleur apparaît, c'est généralement à une phase tardive, quand d'autres symptômes (hématurie, varicocèle) sont venus éclairer le diagnostic ;

3° *Diagnostic avec l'hydronéphrose du rein droit.*

— Dans l'observation XXIV, la malade avait subi une appendicectomie 5 ans auparavant, pour des crises douloureuses sur lesquelles nous n'avons pu obtenir malheureusement aucun renseignement, les douleurs ayant persisté jusqu'au jour de l'intervention actuelle, avec ictère intermittent, le diagnostic de cholécystite paraissait s'imposer. Dans ce

cas, c'étaient les douleurs qui avaient attiré l'attention ; ces douleurs siégeaient dans la région sous-costale droite sans aucune irradiation. Ces phénomènes douloureux associés à du subictère étaient périodiques (tous les 4 ou 5 jours).

Dans l'obs. XXV, citée par Deguillaume, il s'agissait de crises identiques, siégeant plutôt dans le flanc droit, qu'à l'hypochondre, avec ictère, et également périodiques (tous les 2 ou 3 mois). Dans l'intervalle, la santé était bonne, et le malade ne se plaignait de rien. Or, dans ces 2 cas, il s'agissait d'une hydronéphrose.

Dans l'histoire clinique de ces 2 malades, tout rappelle la cholécystite : les douleurs, les irradiations à l'épaule droite dans un cas, le signe positif du phrénique, la zone pancréatico-cholédocienne douloureuse, les vomissements bilieux (obs. XXIV) ; un seul rappelle l'hydronéphrose : la périodicité régulière des crises. Encore faut-il bien dire que la cholécystite avec poussées est fréquente, mais la régularité de ces poussées n'est peut-être pas aussi absolue que dans l'hydronéphrose.

Nous avons appelé précédemment l'attention sur le symptôme ictère. Il ne souligne pas toujours une affection du foie ou des voies biliaires. Dans certains cas, il constitue un symptôme trompeur ; il peut n'être en effet qu'un ictère par rétention dû à la compression des voies biliaires par l'hydronéphrose, de même que le rein ptosé pouvait donner lieu au même syndrome de compression.

Un autre aspect sous lequel peut se présenter le diagnostic différentiel que nous étudions, c'est celui de la tumeur. Il y a des hydronéphroses qui ne se manifestent que par une tumeur, comme il y a des cholécystites qui ne se révèlent que par une tumeur. De telle sorte que le problème se pose, avec, pour seule donnée : la présence d'une tumeur.

Nous ne reviendrons pas sur les caractères positifs de la grosse vésicule. Disons seulement que son siège varie de l'hypochondre à la fosse iliaque droite. La tumeur hydronéphrotique est, en général, abdomino-lombaire. A droite, elle refoule ordinairement l'intestin en bas de telle sorte que : 1°) elle est mate ; et 2°) entre elle et le foie, il n'y a pas de sonorité. La tumeur est tendue, rénitente ; plus souvent que dans le cas d'une grosse cholécyste, on peut y mettre en évidence une certaine fluctuation. Ses contours sont arrondis et toujours réguliers.

Il est évident qu'une grosse hydronéphrose ne peut guère simuler une grosse vésicule en raison de son volume ; c'est plutôt dans les cas d'hydronéphrose moyenne que le diagnostic peut être hésitant. Dans tous les cas, un symptôme capital doit être recherché : la variabilité de volume de la tumeur. Le LIONNAIS (1) dit que certains auteurs ont noté des variations de volume d'une vésicule. Nous les avons recherchées et nous ne les avons trouvées que dans une seule observation (obs. VII) où l'auteur déclare

(1) LE LIONNAIS — Thèse de Paris, 1895-96.

que la tumeur qui fut reconnue à l'intervention, être une vésicule, avait diminué de près de moitié. En tout cas, ces variations doivent être bien lentes. Il n'en est pas de même en cas d'hydronéphrose. Dans l'observation XXV, alors que tout le tableau clinique plaidait en faveur d'une cholécystite, on notait, quelques jours avant l'intervention : la diminution progressive de la tumeur. Dans l'observation XXIV, la malade était difficilement palpable en raison des douleurs qu'elle éprouvait à l'examen. Néanmoins, au cours d'examens répétés, nous avons cru percevoir, certains jours, dans la profondeur du flanc droit, une vague tumeur, douloureuse, dont nous n'avons pas cru devoir affirmer l'existence, ne l'ayant retrouvée que par intermittence.

Il semble que la présence de température soit un précieux appoint pour le diagnostic différentiel. Il en est ainsi dans la plupart des cas. Mais, tout d'abord, la température peut être absente dans les deux affections : cholécystite et hydronéphrose. Quand elle existe, elle peut ne se produire qu'au moment des crises douloureuses, traduisant en cas d'hydronéphrose un peu d'infection de la poche comme dans l'observation XXIV. On conçoit qu'elle puisse faire penser alors à une poussée fébrile de cholécystite chez un malade dont l'histoire clinique rappelle par ailleurs cette dernière affection. C'était le cas de cette malade dont le médecin de ville avait fait le diagnostic de cholécystite probablement calculueuse, avec poussées fébriles fréquentes. L'infection,

qui est une complication fréquente de l'hydronéphrose, réalisant une pyonéphrose, enlève ainsi beaucoup de sa valeur au symptôme fièvre.

Nous ne parlerons pas, comme étant hors du cadre de notre travail, de la cystoscopie, du cathétérisme urétéral et surtout de la pyélographie qui permettent à eux seuls d'affirmer avec certitude le diagnostic.

En résumé, nous pensons, que dans les cas où la tuméfaction, seule, pose le problème d'une cholestite ou d'une hydronéphrose, les autres signes faisant défaut ou ne plaidant pas nettement en faveur d'une de ces deux affections, c'est :

- 1° La périodicité des crises douloureuses ;
 - 2° L'examen physique de la tumeur, qui doivent trancher le diagnostic, la variabilité de volume de la tumeur étant le symptôme le plus pathognomonique et le plus constant.
-

Diagnostic de l'Appendice avec quelques affections du Rein droit

Nous examinerons dans ce chapitre le diagnostic de l'appendicite avec : la pyélonéphrite, le rein mobile et enfin l'hydrônéphrose.

Diagnostic avec la pyélonéphrite du rein droit. —

Nous n'y insisterons que fort peu, car dans ce cas il y a un symptôme important qui doit mettre, à coup sûr, dans la voie du diagnostic : la présence de pus dans les urines. Nous ne voulons seulement attirer l'attention que sur la similitude des 2 syndromes douloureux qui traduisent ces 2 affections : appendicite et pyélonéphrite.

Dans l'observation XXXII, la malade éprouvant quelques nausées, va consulter son médecin, lequel trouve, ainsi qu'il nous l'a confirmé depuis un point appendiculaire net. Pas de douleurs subjectives. Pas de pollakiurie. Pas de température. La malade entre à l'hôpital pour y subir l'appendicectomie. A l'examen, nous trouvons bien un point douloureux, mais situé sensiblement plus haut que le point de Mac Burney, à 2 cm. environ au-dessus, où l'on ré-

veille une sensation douloureuse surtout pendant l'inspiration. Il n'existe pas d'autre point douloureux. L'absence de crises appendiculaires antérieures et les antécédents de cystite et de pyélonéphrite nous font mettre en doute le diagnostic d'appendicite chronique. L'analyse des urines montrant du pus, on fait le diagnostic de pyélonéphrite. Evidemment, l'absence de signes autres que le point douloureux, dont le siège était anormal, pouvait faire hésiter, mais l'analyse des urines signait le diagnostic, d'où la nécessité d'un examen complet et d'un interrogatoire serré.

En somme, nous pensons que dans le diagnostic de l'appendicite chronique, celui de pyélonéphrite est parmi beaucoup d'autres un de ceux auxquels il faut songer ; l'hésitation nous semblant surtout possible en cas de pyélonéphrites latentes comme on en voit souvent, notamment au début de la grossesse.

Un autre facteur d'erreur qui peut se présenter, c'est la présence d'une paroi adipeuse chez un malade obèse, comme cela s'est présenté au cours d'un de nos remplacements, car la douleur révélée à la palpation est alors plus difficile à localiser. Mais là encore, l'examen des urines évite l'erreur.

Diagnostic avec le rein droit mobile. — Celui-ci nous retiendra plus longtemps, car l'erreur semble plus facile.

Dans certains cas, le chirurgien a pu être désagréablement surpris que les divers symptômes dus

à la néphroptose aient persisté après la néphropexie et que, seule, une appendicectomie secondaire ait permis de supprimer ces douleurs. Ce sont des cas où les 2 affections coexistent et cette coexistence n'est pas une rareté. Nous en avons trouvé plusieurs observations dans la thèse de Lechevallier (1). Dans d'autres cas, on a enlevé l'appendice pour mettre fin à des douleurs dites appendiculaires ; or celles-ci ont persisté et on s'est aperçu ensuite qu'il s'agissait, en réalité, d'un rein mobile.

Nous rappellerons seulement la grande fréquence du rein mobile chez la femme (10 à 12 % suivant les auteurs) ; toutefois, un grand nombre de ces malades ne présentent autre chose que des symptômes physiques. Si nous constatons, d'autre part, que l'appendicite chronique est plus fréquente chez la femme que chez l'homme en raison de divers facteurs qui ont été incriminés (relâchement des viscères abdominaux, rôle des annexites sur l'appendicite), nous ne serons pas surpris de constater, qu'en effet, ce diagnostic différentiel se pose le plus souvent chez la femme ; 6 fois sur 8, il s'agit d'une femme.

Nous avons nommé plus haut, l'appendicite chronique. C'est, en effet, cette forme dont le diagnostic avec l'ectopie rénale peut être délicat. Les autres formes s'accompagnent toujours d'une réaction péritonéale plus ou moins marquée, et ne peuvent guère simuler un rein mobile.

(1) Thèse de Paris, 1913.

Notons d'abord ce que ces deux affections ont de commun. Dans la plupart des cas, leur début est insidieux. Très rarement, dans le cas de ptose rénale, il est brusque et violent.

Fréquemment, les malades sont amenés à consulter pour de la lourdeur, de la pesanteur, qu'ils accusent à la suite d'une marche, d'une station debout un peu prolongée, autant dans le bas de l'abdomen, surtout à droite, qu'en arrière, vers la fosse lombaire. D'autres fois, mais plus rarement, l'interrogatoire révèle de véritables crises, parfois très violentes, à début brusque même, débutant à droite dans la fosse lombaire et s'irradiant en avant vers la fosse iliaque droite, le pubis et la cuisse. On peut même observer des nausées, des vomissements. Ces douleurs variables dans leur intensité et leur durée sont fréquemment soulagées par le repos et le décubitus dorsal. On observe encore, avec une grande fréquence, surtout chez les femmes, un certain état de nervosité.

Les malades ne manquent pas d'appeler l'attention du médecin sur des troubles digestifs variés : dyspepsie atonique, constipation, troubles en rapport avec un estomac ptosé. Quelquefois, ce sont des crises douloureuses gastralgiques avec vomissements à type hyperchlorhydrique. Comment différencier dans tout ce cortège de symptômes ceux qui appartiennent à un rein mobile ou à une appendicite chronique? On peut dire que les signes fonctionnels sont sans valeur différentielle. La constipation que

certain auteurs admettent en faveur de l'appendicite est si fréquente, surtout chez la femme, si celle-ci est une ptosée, qu'il semble difficile de donner quelque valeur à ce symptôme.

La douleur qu'accusent les malades est toutefois plus sourde en cas de ptose rénale, plus continue et moins sujette à des poussées que dans l'appendicite chronique. Cette sensation douloureuse est plus souvent localisée en arrière aux lombes. Elle est plus fréquemment et surtout plus rapidement calmée par le repos au lit, que la douleur appendiculaire, qui est plus antérieure. Cette dernière, d'ailleurs, réapparaît plus facilement dans le décubitus dorsal, que la douleur lombaire. Mais il faut savoir qu'il y a des cas où le diagnostic fait à l'aide de l'histoire de commémoratifs douloureux peut être absolument impossible. C'est alors que le palper abdominal prend toute son importance.

La localisation douloureuse au point de Mac Burney ou un peu plus bas au point de Lanz ne permet d'affirmer une appendicite chronique, que si on a éliminé la présence, au-dessus, d'une tumeur rénale possible. Aussi faut-il rechercher cette dernière par la palpation bimanuelle par le procédé du pouce de Glénard et rechercher le ballottement rénal. On placera aussi le malade dans la position debout. Il ne faut pas toujours s'attendre à trouver un rein ayant un déplacement marqué. Le seul fait de sentir son pôle inférieur suffit pour affirmer le diagnostic de ptose, un déplacement léger de l'organe suffisant

pour provoquer des crises pseudo-appendiculaires. En somme, c'est l'examen physique seul : la présence d'une tuméfaction ou d'un point douloureux nettement localisée avec absence de tumeur, qui permettent d'affirmer un diagnostic.

Diagnostic avec l'hydronéphrose du rein droit. Le diagnostic entre l'appendicite et l'hydronéphrose est évident dans nombre de cas. Les formes graves d'appendicite avec température élevée, plastron et état général grave ne sauraient prêter à confusion avec la crise d'hydronéphrose. Inversement, on ne saurait confondre une hydronéphrose volumineuse, avec tumeur palpable, avec une infection de l'appendice. Dans la plupart des cas où le diagnostic est hésitant il s'agit de formes légères d'appendicite, à évolution chronique, avec poussées plus douloureuses que fébriles, sans plastron. Quant à l'hydronéphrose, c'est surtout la forme intermittente avec crises douloureuses à répétition qui prête le mieux à l'erreur. Différentes dispositions anatomiques ont été envisagées pour expliquer les hésitations et même les erreurs de diagnostic. Restant sur le terrain purement clinique, nous renvoyons le lecteur aux travaux sur ce sujet (1) et nous allons maintenant examiner les signes communs à l'hydronéphrose et à l'appendicite.

La douleur. Nous savons que le siège de l'appendicite est localisé habituellement au point de Mac

(1) JELIU — Thèse de Paris, '920.

Burney. Mais il y a longtemps qu'on a reconnu que ce siège était loin d'être fixe ; ces variations de siège, rares, mais indiscutables, sont évidemment un facteur d'erreur et peuvent parfaitement expliquer le fait que les chirurgiens les plus éminents aient enlevé un appendice alors qu'il s'agissait d'hydronéphrose (obs. XXIV) Dans 3 de nos observations, en effet, (XXIV, XXXV et XXXVI), les malades ont subi l'appendicectomie ; leurs douleurs n'ont pas été calmées et ce n'est que plus tard que l'hydronéphrose fut découverte. Le début de la douleur dans l'hydronéphrose est fréquemment situé par les malades sous le bord des fausses côtes ; puis, la crise se développant, la douleur se propage en bas vers la fosse iliaque et en arrière vers les lombes. Enfin, il y a la présence de points douloureux costo-lombaire sous-costal, para-ombilical. Il y a donc, dans la plupart des cas possibilité d'orienter le diagnostic ; aussi nous croyons que les erreurs sont dues à 2 causes 1°) à la possibilité de formes anormales au point de vue du siège des douleurs ; 2°) au fait que l'examen a été superficiel, incomplet ou pas assez répété, et surtout au fait que le chirurgien n'a pas assisté à la crise, qu'il ne voit le malade qu'à une période où les douleurs sont diminuées ou absentes et est obligé de se contenter de descriptions involontairement erronées.

La *périodicité des crises douloureuses* de rétention doit attirer l'attention. Jamais cette régularité des crises ne peut être mise en évidence avec autant de

netteté quand il s'agit d'appendicite chronique. Dans ce dernier cas, la répétition des crises douloureuses semble plus capricieuse, plus désordonnée. Les phénomènes réflexes : nausées, vomissements sont communs aux 2 affections : il n'y a aucun caractère différentiel à en tirer ; il semble cependant que les vomissements manquent plus rarement dans l'appendicite. Quant au hoquet, il ne peut avoir un gros intérêt diagnostic, bien que spécial à l'appendicite, traduisant l'irritation péritonéale, car on ne l'observe guère dans les formes chroniques : celles qui nous occupent plus spécialement.

Par contre, le facies est, toutes choses égales par ailleurs, plus chroniquement et plus fréquemment altéré dans l'appendicite. La température est plus souvent la règle dans l'infection de l'appendice ; on ne l'observe dans l'hydronéphrose que lorsque celle-ci est infectée. L'état fonctionnel de l'intestin a une certaine valeur différentielle : La constipation est assurément plus fréquente dans l'appendicite.

Il y a enfin l'étude de la fonction urinaire : les urines sont rares et même foncées au début des 2 affections ; mais la débâcle urinaire coïncidant avec la sédation des phénomènes douloureux signe le diagnostic de rétention rénale que viennent confirmer le cathétérisme urétéral et la pyélographie.

Observations

Premier groupe

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA CHOLÉCYSTITE AVEC L'APPENDICITE

OBSERVATION I

Inédite. Cholécystite ayant simulé une appendicite

Le 30 novembre 1925, Mme B..., 35 ans, entre salle Lefort, lit n° 26, avec le diagnostic d'appendicite.

Antécédents : Il y a 1 mois, aurait eu un accès de constipation avec douleurs à droite (?)

Le 14 novembre 1925, douleur violente ; en ceinture, avec irradiations le long du côlon ascendant. Pas de vomissements. T. 37°8 le soir. Cinq jours plus tard, nouvelle douleur violente dont la malade désigne nettement le siège au point de Mac Burney. Pas de température. Le médecin fait le diagnostic d'appendicite.

Le 27 novembre, quelques vomissements et quelques nausées.

Examen : Dans la fosse iliaque droite, on trouve une masse mal limitée, circulaire, empâtée, douloureuse. On note de la défense musculaire. Région sous-hépatique non douloureuse. Pas de point phrénique ni de point cys-

tique. Toucher vaginal normal. Température oscillant entre 37° et 38°4. Urines normales.

Le 2 décembre : nouvelle crise douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite. Le 12 décembre : la température est normale ; l'empâtement a disparu et on peut limiter alors une tuméfaction allongée verticalement. Pas de contact lombaire. Sonorité au-dessus de la tumeur. La radio montre une masse ovoïde, siégeant dans la f. iliaque droite et remontant un peu dans le flanc droit ; cette masse est entourée du côlon.

Le diagnostic d'appendicite avec réaction péritonéale s'imposait au début. L'évolution, ainsi que l'examen physique ultérieur ont montré qu'il ne s'agissait pas d'une appendicite, mais soit d'une vésicule ou d'un rein.

Opération le 18 décembre (D^r Brocq). Incision transversale basse. On trouve une vésicule calculeuse adhérente au côlon et qui, probablement, s'était perforée dans ce dernier. La vésicule contient quatre gros calculs gros comme une petite noisette et du séro-pus. Cholécystectomie. Guérison. La malade, revue le 6 février 1926, ne présente plus aucune douleur.

OBSERVATION II

Inédite. Cholécystite simulant une appendicite

Le 16 octobre 1925, entre salle Lefort, Mme S..., 45 ans, envoyée par son médecin avec le diagnostic d'appendicite.

Antécédents : Petite crise d'appendicite il y a deux ans avec fièvre. De temps en temps, le malade dit avoir des nausées qu'elle met sur le compte de son estomac. Elle a commencé à souffrir le 13 octobre à minuit : crise violente et brusque ; douleur vive au niveau du point de M.

B. et du point cystique avec prédominance au niveau de ce dernier. Temp. 38° le soir. Vomissements alimentaires et bilieux.

Examen : Léger point appendiculaire. Dans la région sous-hépatique, on sent une tumeur piriforme qui paraît être une vésicule, peu douloureuse d'ailleurs. Pas de point cystique, ni pancréatico-cholédocien, ni phrénique. Foie normal, non douloureux. Pas de signe de Murphy. Temp. 39°8 le soir.

Le 20 octobre (quatre jours après le début des accidents), la température est tombée à la normale.

Opération le 10 novembre (M. Breton, interne). Vésicule épaisse, remplie de séro-pus. Calculs très nombreux. Cholécystectomie. Drainage. La malade, revue le 25 janvier 1926, ne présente plus aucune douleur. Région appendiculaire normale à la palpation.

OBSERVATION III

Inédite. Communiquée par notre ami, M. le Dr Rimette

Mme D..., 59 ans, sans aucun antécédent lithiasique, est prise brusquement, le 8 juin 1925, de fièvre, vomissements et douleurs violentes dans la f. iliaque droite avec irradiations dans la moitié droite de l'abdomen. Jamais d'ictère. Depuis plusieurs jours constipation tenace.

Examen : On sent à la palpation, au niveau de la région cœcale, une tuméfaction allongée verticalement. Un peu de tympanisme. La sensibilité à la pression est extrême, avec maximum à 2 cm. environ au-dessus du point de M. B.

Dans la fosse iliaque, la palpation montre une masse paraissant un peu allongée, indélimitable, non mobili-

sable, mate. Cette matité se continue d'ailleurs en haut jusqu'au rebord costal. Temp. 38°9. On porte le diagnostic d'appendicite.

Opération : Incision sur le bord externe du grand droit. On aperçoit immédiatement une tumeur lisse, allongée : la vésicule biliaire, surdistendue, dont le pédicule est fortement étiré. Des adhérences fixent la vésicule à la paroi. En raison des adhérences, on ne pratique qu'une cholécystostomie. L'incision donne issu à 50 gr. de liquide louche et quelques calculs. Guérison.

OBSERVATION IV

Adenot (Lyon Médical, fév. 1901). (Résumée). *Cholécystite calculeuse suppurée à forme d'appendicite. Cholécystostomie. Guérison.*

Mme N..., 31 ans, a eu son 2^e enfant il y a 10 mois. Il y a quelques mois, elle avait eu déjà quelques coliques passagères dans tout le ventre et les reins. Le 9 juin 99, elle aurait eu des coliques étendues à tout l'abdomen avec vomissements. Aujourd'hui les coliques ont beaucoup augmenté avec douleurs vives dans le flanc droit et les reins. Nausées, vomissements, ventre ballonné.

Examen : (5 jours après le début des accidents). Ventre très sensible à la pression, mais à peu près dépressible dans tout le côté gauche. A droite, on sent très nettement une masse dure dans la région de l'hypochondre et dans le flanc. Cette masse est dure, paraît très superficielle ; on la croirait sous la peau. Elle est, de plus, douloureuse à la pression, mobile latéralement. Cette mobilité est très nette. La tumeur est située un peu au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure et un peu en dedans. Elle paraît située trop haut et trop en dehors pour qu'il

s'agisse de l'appendice, trop bas et trop en dehors pour qu'il s'agisse de la vésicule. On se rallie à cette dernière hypothèse et on pose le diagnostic de cholécystite avec foie abaissé par le fait de la grossesse antérieure.

Opération le 15 juin. La vésicule est grosse comme un œuf, distendue, allongée, couleur lie de vin. Il existe de la péricholécystite et un peu de péritonite localisée. Cholécystostomie. Guérison.

OBSERVATION V

R. Le Fort (Echo Méd. du Nord, 27 sept. 1903) Résumée.
Cholécystite calculeuse ayant simulé l'appendicite

Le sieur X..., 20 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} septembre 1902. Pas d'antécédents.

Le 28 août 1902, le malade ressent une douleur dans le côté droit du ventre avec vomissements, puis une selle noire (?), et le lendemain, la douleur disparaît. Le 30, nouvelle crise de douleurs assez violentes qui persistent. Vomissements. Le soir, nouvelle selle noirâtre. Le 1^{er} septembre, à midi, ce malade entre dans le service de médecine, souffrant dans le côté droit du ventre. Température 38°9. Le 2 septembre, le malade passe en chirurgie avec le diagnostic d'appendicite. Yeux excavés, traits tirés, pouls petit à 111 (il était à 96 quelques heures avant). Temp. 38°2. Le ventre est très sensible à droite, surtout au niveau du point de M. B. et dans la région sous-jacente. Ventre un peu ballonné et sonore. Diagnostic porté : appendicite. (Plus tard, on apprend cependant que l'interne du service de médecine, avait trouvé, au cours d'un examen prolongé, une tumeur grosse comme une balle à jouer).

Opération : Appendicectomie, bien que l'appendice

paraisse sain. Le doigt introduit sous le foie rencontre une masse dure : c'est la vésicule qui est grosse et tendue, violacée foncée. Cholécystectomie. Guérison.

OBSERVATION VI

Laplace (Philadelphie. American Ass. The J. of the, oct. 1901). *Diagnostic porté : cholécystite. Cholécystostomie. Découverte d'une appendicite inconnue. Guérison.*

Un jeune Italien de 25 ans, en convalescence de dothientérie, a éprouvé brusquement des douleurs sourdes dans l'hypochondre droit avec ictère, mais sans température. Les symptômes étaient nettement limités à la région biliaire. Dans la fosse iliaque droite il y a un empatement diffus. Constipation. Etant donné la persistance des douleurs et de l'ictère, on pense à une cholécystite. Incision exploratrice au niveau de la région vésiculaire. Vésicule très distendue. Cholécystostomie. Il sort une grande quantité de pus. Comme on avait promis au malade d'explorer la région appendiculaire, on fait une incision à ce niveau : à la surprise générale, on trouve le siège réel de l'affection. Appendice gangrené, baignant dans un liquide purulent. On enlève l'appendice. Guérison.

OBSERVATION VII

F. Terrier (Gazette de Chirurgie, 21 déc. 1895) Résumée. *Inflammation et dilatation de la vésicule avec calculs biliaires, prise pour une lésion de cœcum et de l'appendice.*

Mère Sainte A..., 35 ans, religieuse, a eu, il y a 7 ans,

un ictère, sans douleurs. Le 7 janvier 1894, elle tomba subitement malade, fut prise de température, de vomissements et douleurs abdominales ayant leur centre dans la fosse iliaque droite. On constata alors en ce point une tumeur allongée verticalement, très douloureuse et on conclut à une typhlite avec menace de péri-typhlite. Puis ces phénomènes disparurent. Mais la tumeur persista, très nette. Les choses restèrent en cet état pendant plusieurs semaines. Le P^r Terrier vit la malade à ce moment et conseilla une intervention. Peu à peu, la tumeur diminua de hauteur, de près de moitié. De plus, sur cette tumeur, on sentait une induration accentuée, oblique en bas et en dedans, offrant la forme d'un petit cordon très dur paraissant être l'appendice augmentée de volume. La tumeur diminua encore de volume. Le diagnostic de typhlite fut écarté, et on fit celui d'appendicite avec retentissement du côté de l'épiploon.

Opération le 1^{er} juin 1894. Vésicule allongée et étirée au point d'arriver près de l'arcade crurale, avec de fortes adhérences à l'intestin grêle et à la paroi au niveau de la fosse iliaque droite. Cholécystectomie partielle avec cholécystostomie. Guérison.

OBSERVATION VIII

Dreyfus. Th. de Lyon, 1902 (Résumée) *Cholécystite prise pour appendicite*

Mme G..., 54 ans, n'a pas d'antécédents héréditaires. Depuis 15 ans, douleurs brusques dans l'hypochondre droit, à la partie inférieure, s'irradiant dans la fosse iliaque ; vomissements.

Température pendant quelques jours. Tous les médecins consultés penchaient vers le diagnostic d'appendi-

cite à cause des douleurs de la fosse iliaque droite. A cause de l'embonpoint de la malade la palpation ne décèle rien du côté du foie. Dans les premiers jours d'août 1901, crise aiguë : douleurs, vomissements, absence de selles. Température 39°5. Météorisme. Un médecin fait d'abord le diagnostic de coliques hépatiques, puis admet ensuite une appendicite, quand il constate 4 jours après une tuméfaction dans le flanc droit dont le maximum répond au point de M. B.

Opération. — On ne trouve d'abord qu'une masse d'épiploon cachant le cœcum. L'épiploon présente des adhérences avec le revêtement péritonéal de la crête iliaque. On trouve une tumeur lisse, unie, du volume d'une aubergine : c'est la vésicule qui contient du pus et 40 gr. de calculs. Guérison.

OBSERVATION IX

Dreyfus. Th. de Lyon, 1902 (Résumée). *Cholécystite simulant une appendicite*

Mme C..., 62 ans, sans antécédents, a ressenti de vives douleurs du creux épigastrique avec irradiations vers l'hypochondre et la fosse iliaque droite. Ces douleurs revenaient par accès de 4 ou 5 jours, séparé d'abord par des intervalles beaucoup plus longs. En dernier lieu, ces accès étaient presque continus, accompagnés de vomissements. Jamais d'ictère, ni d'irradiations vers l'épaule droite. On constate avant l'entrée à l'hôpital, une tuméfaction dans la région du flanc, superficielle, située immédiatement sous la paroi et dont le maximum de douleur répond à la fosse iliaque. Matité à la percussion et immobilité. Le diagnostic est d'abord hésitant, mais à la palpation profonde, la tumeur semble se prolonger

sous le foie et la percussion montre la continuité avec la masse hépatique. On pose le diagnostic de cholécystite.

Opération le 20 mars. Vésicule volumineuse, descendant dans la fosse iliaque, présentant de nombreuses adhérences. Elle contient deux calculs et du pus noirâtre. Cholécystostomie. Guérison.

OBSERVATION X

15^e Congrès de chirurgie, 1902 (Résumée) *Cholécystite suppurée simulant un abcès péri-appendiculaire*

Mme S..., 47 ans, a eu une fièvre typhoïde il y a 5 ans.

Il y a un an, la malade est soignée pour douleurs rhumatismales siégeant à gauche et localisées à la région scapulaire et à la région lombo-abdominale gauche. Cette situation dure 10 mois, puis brusquement, l'état général s'aggrave, le faciès se plombe, la fièvre apparaît, les vomissements apparaissent et la malade continue à se plaindre de son côté gauche. On constate à ce moment une tumeur à droite dans la fosse iliaque, bien que la malade attire toujours l'attention du côté gauche. Cette masse descendait à deux travers de doigts de l'épine iliaque antéro-supérieure, se prolongeait en haut vers l'hypochondre droit, mais était séparée du foie par une large zone de sonorité. La tumeur mobile ne suivait pas les mouvements du foie. Elle était fluctuante, mate à la percussion et entourée d'un léger empâtement. On notait cependant une très vive douleur à la palpation ; à la partie supérieure de l'hypochondre droit.

Diagnostic posé : abcès péri-appendiculaire haut situé, avec une réserve pour le diagnostic peu probable de cholécystite suppurée.

Opération. On tombe sur une énorme vésicule biliaire

surdistendue et très abaissée contenant 700 gr. de pus mal lié. A noter la présence de l'angle colique collé en avant de la partie supérieure de la vésicule.

OBSERVATION XI

Adenot. Lyon Médical, 1901. (Résumée) *Cholécystite à forme d'appendicite par allongement anormal de la vésicule.*

Mme D...; 45 ans, entre à l'hôpital le 27 mars 1898, pour des douleurs abdominales survenues il y a cinq jours : douleurs épigastriques et vomissements. Ces douleurs sourdes étaient exaspérées par le moindre effort, calmées par le repos au lit. Au bout de 2 ou 3 jours, elles se localisèrent nettement dans la partie droite de l'abdomen et s'irradiaient vers les reins et jusque dans le flanc et la fosse iliaque droite.

Examen : Ventre ballonné, sonore. Vive réaction de défense musculaire à droite. La tension de la paroi dans tout le flanc et la fosse iliaque rend difficile l'examen approfondi. Le diagnostic d'appendicite aiguë, posé par deux médecins avant l'entrée de la malade dans le service, paraît au moins douteux. Température 38°. Elle aurait été plus élevée les jours précédents. On prescrit de la glace sur le ventre. 11 jours après, les phénomènes douloureux se calment et on peut sentir dans la fosse iliaque une tuméfaction allongée verticalement. Température stationnaire.

21 mars : La tuméfaction est mobile latéralement et paraît se continuer avec la matité hépatique. Il paraît s'agir d'une vésicule distendue et abaissée.

Opération : (2 jours après le début des accidents). La vésicule apparaît distendue modérément, mais très allon-

gée. Son fond descend très bas et on peut sentir de nombreux calculs. On incise et on trouve 80 gr. de pus et une dizaine de calculs.

Cholécystostomie et guérison.

OBSERVATION XII

13^e Congrès international de médecine 1900. *Cholécystite simulant une appendicite.*

Une dame de 60 ans ayant eu autrefois plusieurs crises de coliques hépatiques avec ictère, était prise depuis quelques jours de vives douleurs abdominales partant toujours nettement de la fosse iliaque droite où elle débutaient brusquement, puis s'irradiaient tout autour. La palpation abdominale était très douloureuse. Dans la fosse iliaque droite s'étendant en haut vers le foie, mais séparée de l'organe par une bande sonore, on sentait une masse inégale, bosselée, dure ou molle suivant les endroits. Le point de M. B. était très net. On fait le diagnostic d'appendicite à rechute, tout en faisant quelques réserves sur les accidents antérieurs d'hépatisme.

Opération. Appendice normal. Vésicule distendue avec péricholécystite chronique. Nombreux calculs. Cholécystostomie trans-hépatique. Mort par intoxication hépatobiliaire.

OBSERVATION XIII

Siredey et Faure. Soc. Méd. des Hôpitaux, 6 nov. 1896. Résumée). *Péritonite consécutive à une perforation de la vésicule. Laparotomie. Guérison.*

F..., 24 ans, lingère, éprouve brusquement en 1876

des douleurs violentes à l'épigastre, irradiées dans la fosse iliaque droite. Vomissements verdâtres. Pas d'ictère. Depuis cette époque, 2 nouvelles poussées douloureuses, fébriles. Elle entre à l'hôpital St. Antoine. Ventre ballonné surtout à droite, douleur vive à la palpation de la fosse iliaque et surtout un peu à droite de l'ombilic. Pas de matité ; on ne sent ni tumeur, ni fluctuation. Le D^r Faure confirme le diagnostic de péritonite appendiculaire. *Opération immédiate.* Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule une certaine quantité de liquide. Le cœcum et l'appendice étaient sains, et cependant il existait des signes nets de péritonite dans tout le côté droit de l'abdomen. On fait une nouvelle incision sur la ligne médiane : le péritoine était presque sain. Cette nouvelle plaie suturée et mise à l'abri, on agrandit en haut l'incision de la fosse iliaque. La main de l'opérateur arrivant sous la face inférieure du foie, fit sortir un flot de bile ; des adhérences empêchèrent d'explorer la vésicule et de découvrir la perforation probable. Pas de calculs. Suture. Drainage Guérison.

OBSERVATION XIV

Le Gendre. Soc. Méd. des Hôpitaux 3 nov. 1905 (résumée). *Syndromes cholélithiasique et appendiculaire par péritonite sous-hépatique propagée.*

Femme de 39 ans éprouvait depuis 2 mois, après chaque repas des crampes d'estomac qui duraient 2 heures environ.

Un soir, elle est prise en même temps de vertiges, nausées, vomissements alimentaires, puis bilieux. Puis surviennent des douleurs abdominales violentes avec prédominance du côté droit. Lorsque la malade est amenée à

Lariboisière : le ventre est ballonné uniformément, la douleur spontanée est diffuse et la palpation permet de délimiter un maximum au point de M. B. Temp. 38°. Pouls 90. Mes élèves me présentent la malade avec le diagnostic d'appendicite qui paraît très vraisemblable. Un autre examen permet de relever d'autres signes. La malade accuse de temps en temps des irradiations douloureuses vers l'omoplate droite. La zone sous-hépatique est submate et rénitente, les conjonctives subictériques, Gmelin +. Je pense donc qu'il y a lieu d'admettre une cholécystite en même temps que le syndrome appendiculaire. Le traitement médical (glace et diète) a un effet favorable. Le lendemain matin, la douleur appendiculaire n'existait qu'à la pression ; les douleurs sous-hépatiques persistaient. Dans les jours suivants, la douleur appendiculaire diminua rapidement. Du côté de la vésicule la détente ne s'opéra que lentement.

OBSERVATION XV

Dieulafoy. Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1905. Tome V
(Résumée) *Cholécystite et appendicite*

Le 23 septembre 1903, je fus appelé par M. Achard auprès d'une dame de 78 ans, qui, deux jours avant, avait été prise de douleurs abdominales avec état nauséux et température. M. Achard avait constaté un point douloureux sous le bord inférieur du foie. Pas de défense musculaire, ventre ballonné. Bien qu'il n'y eût aucun antécédent hépatique, la localisation de la douleur évoqua dans l'esprit de M. Achard l'idée de cholécystite.

Le lendemain, douleur diffuse et plus intense. Température plus élevée. Quand nous examinâmes la malade la température était élevée, le ventre tendu, la localisa-

tion initiale douloureuse semblait s'être déplacée ; on constatait une douleur vive avec défense musculaire, à la région appendiculaire.

Opération (M. Segond). — La vésicule, le côlon, le cœcum et l'appendice sont agglutinés entre eux. La vésicule est abaissée et forme une tumeur violacée, distendue contenant des calculs et un liquide louche. Cholécystostomie. Ablation de l'appendice.

OBSERVATION XIV

Inédite. Appendicite simulant une cholécystite

Mme G..., 44 ans, entre salle Gosselin, lit n° 9, avec le diagnostic de cholécystite.

Antécédents : En octobre 1924 : colique hépatique avec ictère et température. Trois crises identiques jusqu'en 1925.

Examen : Région sous-hépatique non douloureuse ; le foie est normal. Points pancréatico-cholédocien et phrénique droit très nets, qui paraissent confirmer le diagnostic d'entrée. Douleur nette au point de M. B., sur lequel l'attention n'avait jamais été appelée. On pense à une cholécystite avec appendicite probable.

Opération le 16 octobre (P^r Lejars).

Rien aux voies biliaires. Ablation de l'appendice long et gros présentant histologiquement des lésions chroniques à type hypertrophique. Suites opératoires normales. Mort par embolie le 1^{er} novembre.

OBSERVATION XVII

W. Keen: Philadelphia Med. Soc., 1891.

Abcès appendiculaire simulant une cholécystite

Thevenin, Th. Paris, 1906 (Résumée)

Jeune femme de 30 ans, prise brusquement d'une violente douleur sous-costale droite. Cinq jours après les douleurs deviennent très vives et la malade tombe dans le collapsus. Temp. 36°. Refroidissement des extrémités.

Examen : La cuisse était fléchie ; le côté droit de l'abdomen très sensible avec défense musculaire. Rien à gauche. La douleur siégeait exactement au-dessous du bord inférieur du foie diminuant vers la fosse iliaque. Rien aux annexes. Le diagnostic est hésitant entre une appendicite et une cholécystite.

Opération : Le bord gauche du foie adhérait au côlon par des adhérences récentes et le péritoine pariétal injecté à ce niveau. Vésicule normale. Il y avait une accumulation de sérosité dans le flanc droit. Mort 4 jours après l'opération. A l'autopsie : appendice perforé ; rétro-cœcal dont l'extrémité communique avec un petit abcès.

OBSERVATION XVIII

Curschmann. Soc. Méd. Leipzig, janv. 1900. (Résumée).

Appendicite prise pour cholécystite

Dans un cas mal interprété, une appendicite avait donné lieu à un abcès sous-diaphragmatique. Il s'agissait d'un homme vieux qui, de temps en temps, était pris de fièvre avec frisson et léger ictère. Il y eut ainsi plusieurs accès pris pour coliques hépatiques. Au cours d'un de ces

accès, le malade fut pris de péritonite et mourut en deux jours.

A l'autopsie, on ne trouve pas de calculs dans la vésicule, mais on note que cœcum et appendice sont derrière le foie où il existe une collection péri-appendiculaire. L'ictère est survenu par suite de compression par l'abcès.

OBSERVATION XIX

Kennedy. New-York Med Journal, 1902, in Thevenin. Th. de Paris, 1906. *Diagnostic porté : cholécystite. Recherche, examen et résection de l'appendice perforé. Guérison.*

K..., 24 ans, a présenté des accès pris pour coliques hépatiques. Quand je le vis, il souffrait de douleurs violentes abdominales. Temp. 38°3 à 39°. Vomissements bilieux. Pas d'ictère.

A l'examen, on observe un ballonnement généralisé de l'abdomen. Douleur surtout localisée vers le lobe droit du foie où on note une tuméfaction limitée. On note également un point douloureux un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. On se base sur les antécédents de lithiase pour porter le diagnostic probable de collection péri-vésiculaire.

Opération : (2 jours après le début de l'accès). A l'ouverture de la cavité abdominale jaillit un flot de pus. La vésicule est saine. L'appendice présente une perforation à sa base. On le sectionne. La cavité pelvienne est également remplie de pus. Lavage. Drainage. Guérison.

Deuxième groupe

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA CHOLÉCYSTITE AVEC QUELQUES AFFECTIONS CHIRURGICALES DU REIN DROIT

OBSERVATION XX

Buret. Th. de Paris, 1883. *Tumeur de la vésicule prise pour un abcès du foie, un rein flottant*

Je vis, il y a un an, une dame tuberculeuse qui, à la suite d'un cabot, fut prise de douleurs de ventre intolérables avec irradiations dans les deux membres inférieurs, les diagnostics étaient partagés : myélite, névralgies, abcès du foie ouvert dans le péritoine.

Ayant constaté à droite de l'ombilic, une tumeur dure, bosselée, mobile, douloureuse, j'opinais pour un rein flottant dégénéré, me fondant sur ce fait que la quantité d'urine avait beaucoup diminué depuis l'accident.

A l'autopsie, on trouva sur le rein droit peu mobile dans sa gaine une tumeur irrégulière, jaunâtre, constituée par la vésicule calculieuse ; les canaux cholédoque et cystique avaient une longueur de 15 à 20 cm.

OBSERVATION XXI

Buret. Th. Paris. *Tuméfaction biliaire prise pour un rein déplacé*

Femme de 48 ans, entrée le 24 juin 1894, à St-Antoine, pour insuffisance cardiaque. Se plaint de douleurs du côté droit, ayant débuté il y a 8 mois et beaucoup plus vives depuis 15 jours. Foie volumineux, descendant jusqu'à l'épine iliaque. Le 26 juin, on sent sous le foie, une

tumeur douloureuse à la pression : ce pourrait être un rein mobile. Le 28 juin : les douleurs de la région hépatique arrivent subitement et disparaissent de même. On remarque du subictère des conjonctives. On croit à une tuméfaction biliaire. On sent un rebord entre la vésicule et le foie, où on peut placer la main. Depuis, le diagnostic s'est confirmé.

OBSERVATION XXII

Inédite. Communiquée par notre ami M. le D^r Rimette.
Cholécystite calculeuse prise pour une tumeur du rein.

Homme de 46 ans, entre à la maison de santé pour tumeur siégeant sous le bord externe du muscle droit, au niveau de l'ombilic qu'elle déborde en bas. La forme rappelle celle du rein ; la surface est lisse. La tumeur siège profondément : aussi on ne peut apprécier sa consistance ; pas de fluctuation. Mobilité nette de gauche à droite et de haut en bas ; la tumeur se laisse refouler légèrement sous le foie. Elle n'est pas appréciable au palper lombaire. Aucun trouble fonctionnel et aucun antécédent lithiasique. Le diagnostic est incertain : on pose celui de tumeur du rein avec quelques réserves pour une vésicule calculeuse.

Laparotomie : Tumeur tendue, rouge violacée : c'est une vésicule. Cette dernière contient 240 gr. de liquide séro-purulent et 250 calculs environ. Cholécystectomie. Guérison.

OBSERVATION XXIII

R Le Fort. Echo Méd. du Nord, 1903 (Résumée). *Grosse vésicule prise pour une tumeur du rein. Cholécystostomie.*

En août 1901, une femme de 35 ans se présente pour douleur de l'hypochondre droit. La palpation fait constater dans le flanc droit une tumeur siégeant profondément, jusqu'ici ignorée. Cette tumeur est peu mobile, située sous les fausses côtes ; elle est dure et volumineuse ; il est impossible d'en apprécier les dimensions. Sonorité manifeste à sa surface. Le ballottement rénal est perçu avec une si grande netteté que l'auteur le fait sentir à plusieurs élèves. La tumeur n'est pas influencée par les mouvements du diaphragme. Le diagnostic de tumeur rénale paraît s'imposer, mais y a-t-il néoplasme ou hydronéphrose ? L'interrogatoire négatif et l'examen des urines font penser à un néoplasme rénal. Il n'y a jamais eu d'ictère. Pas de température.

Opération : Incision sur le bord externe du droit. Vésicule grosse comme un œuf de poule, tendue à éclater. Cholécystostomie. Cholécystectomie secondaire. Guérison.

OBSERVATION XXIV

Inédite. Hydronéphrose ayant simulé autrefois une appendicite et récemment une cholécystite

Mme D..., 18 ans, est envoyée à St-Antoine, avec le diagnostic de cholécystite. Elle entre salle Gosselin, le 30 septembre 1925. Opérée d'appendicite à froid il y a cinq ans, après plusieurs crises douloureuses en 2 ans. Depuis, la malade dit souffrir de temps en temps dans la

région sous-costale droite ; crises tous les 4 ou 5 jours, parfois accompagnées de vomissements alimentaires ou bilieux et de subictère des conjonctives. Température intermittente : $38^{\circ}5$ à $39^{\circ}5$. Ces crises, diurnes ou nocturnes, semblent provoquées par les efforts. Elles ont presque cessé depuis que la malade est au repos. Au cours d'une crise à l'hôpital, on remarque un dépôt abondant dans l'urine ; celui-ci contient des cellules épithéliales, des rares polynucléaires et une véritable culture de coli. Il s'agit d'une décharge urinaire avec température à 40° .

Examen : Présence d'un point cystique, points pancréatico-cholédocien et phrénique douloureux. Signe de Murphy positif. Pas de points costo-lombaire, ni urétéraux. Cependant, à deux examens différents, séparés de 8 jours environ, nous croyons percevoir dans la profondeur une tumeur indélimitable et douloureuse. Après cystoscopie, pyélographie, examen fonctionnel des deux reins effectués dans le service du D^r Chevassu, on fait le diagnostic d'hydronéphrose.

Opération le 18 novembre 1925 (D^r Brocq). Néphrectomie. Le rein droit est détruit complètement.

OBSERVATION XXV

Deguillaume. Th. de Paris, 1910. Legueu. *Hydronéphrose simulant une cholécystite. Crises intermittentes de rétention rénale avec ictère* (Résumée).

H..., homme de 38 ans, entre à Tenon pour crises répétées dans le flanc droit depuis quelques années. Ces crises revenaient tous les 2 ou 3 mois, à la suite de fatigues et s'accompagnaient de douleurs dans le côté droit avec irradiations dans l'épaule en même temps qu'un ictère intense. Le malade est examiné à la suite de ces cri-

ses. Plus d'ictère, plus de fièvre, urines normales. On sent à la face inférieure du foie, une tumeur arrondie, sensible à la pression dont la matité se continue avec celle du foie, qui semble correspondre au fond de la vésicule biliaire, et qui suit les mouvements respiratoires du foie. Le palper bi manuel ne dénote rien dans la région lombaire. L'attention est attirée du côté du foie à cause du siège de la tumeur, et ces douleurs irradiées dans l'épaule, de l'ictère à toutes les crises et on fait le diagnostic de cholécystite calculeuse. On ne songe pas au rein. On surveille la malade quelques jours et on constate la diminution progressive de la tumeur.

Laparotomie : la vésicule est normale. La tumeur est rétro-péritonéale : c'est le rein distendu. Néphrectomie. Mort le 8^e jour par infection péritonéale.

OBSERVATION XXVI

(Communiquée par notre ami le Docteur Rimette)

Rein ptosé au cours d'un ictère catarrhal, ayant simulé une cholécystite.

Femme de 34 ans, obèse, ayant des antécédents lithiasiques nets : en 1922 et 1923, coliques hépatiques nettes, avec conservation depuis cette époque d'une sensation douloureuse du côté droit (flanc et hypochondre). En mai 1924, ictère ayant duré 4 ou 5 jours avec selles décolorées et urines acajou. Le 18 août 1925, la malade vient consulter pour : 1^o) des douleurs ou plutôt une sensation de pesanteur intermittente du flanc droit, se manifestant surtout dans la station verticale et la marche ; 2^o) pour un ictère, datant du 14 août 1925, ictère par rétention, généralisé, mais peu intense.

Examen : douleur vague à la palpation profonde du flanc droit, remontant vers la région sous-costale droite.

On sent mal une tuméfaction peu mobile, rénitente, paraissant régulière, allongée verticalement, ne présentant pas le contact lombaire, peu douloureuse à la palpation. Sonorité nette au-dessus de la tumeur. Température $37^{\circ}4-38^{\circ}2$. Urines normales. Gmelin positif. L'examen ne plaide pas uniquement en faveur d'une vésicule ; on pourrait penser à un rein.

On fait cependant le diagnostic de vésicule calculeuse en présence des antécédents et de l'ictère. L'ictère a d'ailleurs rétrocedé le 24 août, ainsi que la température.

Opération le 26 juillet : vésicule normale sans péri-cholécystite. Voies biliaires normales. Rein droit volumineux et ptosé. La malade revue le 17 janvier 1926 ne présente plus aucune douleur ; elle porte d'ailleurs une ceinture abdominale.

OBSERVATION XXVII

Deguillaume (Th. Paris, 1910). Résumée. *Rein mobile. Subictère. Fréquentes mictions*

Mme X..., 30 ans, vient consulter pour des douleurs dans le flanc et l'hypochondre droit avec fréquence des mictions dans la station verticale. La malade pisser en effet toutes les demi-heures le jour et jamais la nuit. Elle présente une teinte subictérique des conjonctives. Jamais de crises douloureuses hépatiques ou néphrétiques, mais plutôt sensation de gêne avec douleurs sourdes.

Examen : foie abaissé. On note la présence d'un rein droit mobile situé dans la fosse iliaque, descendant jusqu'au détroit supérieur, mobilisable dans tous les sens, mais douloureux à la pression. Examen cystoscopique :

petite rétention du rein droit (30 gr.) On propose à la malade une néphropexie ; on ne l'a pas revue depuis.

OBSERVATION XXVIII

Deguillaume. (Résumée). *Ictère consécutif à l'oblitération du canal cholédoque comprimé par le rein. Mort. Autopsie.*

Mme B..., 56 ans. Transportée presque sans connaissance à l'Hôtel Dieu le 24 juillet, elle ne peut parler. Les personnes qui l'accompagnent s'accordent à dire qu'elle a toujours mené une vie régulière, mais qu'elle buvait.

Etat grave ; malade couchée, en résolution complète ; les téguments présentent une teinte ictérique foncée ; langue brune, sèche, brûlante. Pouls calme. Temp. 36°4, coma profond. Tout ce qu'on peut savoir, c'est qu'elle a toujours été en bonne santé et que l'ictère actuel ne s'est développé que progressivement. A la visite du matin, état aggravé ; le coma est extrême, la parole embarrassée, le sommeil interrompu seulement lorsqu'on exerce une pression énergique sur la région hépatique. Absence complète d'excrétion urinaire. La malade mourait quelques heures après.

Autopsie. L'ouverture de l'abdomen laisse échapper une grande quantité de sérosité jaunâtre. Sous le lobe droit du foi, présence d'une tumeur arrondie, demi solide : c'est le rein augmenté de volume qui vient faire saillie au-dessus et en avant du bord antérieur du foie. La disposition est telle qu'elle comprime le cholédoque et les vaisseaux pénétrant dans le hile. Le cholédoque est perméable dans presque toute son étendue ; toutefois, un stylet ne peut, en le parcourant, pénétrer jusque dans l'intestin. Vésicule ratatinée.

OBSERVATION XXX

(Terrillon). Citée par Le Lionnais (Th. Paris, 1896).

Rein ptosé simulant une cholécystite (Résumée)

Femme de 29 ans ; deux ans auparavant : crises de coliques hépatiques chaque mois sans ictère. Depuis six mois, ictère permanent avec décoloration des selles et crises douloureuses tous les trois jours. Quelques semaines après, on note une tuméfaction sous les fausses côtes droites.

Examen : Ictère généralisé. Dans la région hépatique, tuméfaction arrondie, s'étendant à trois travers de doigts, suivant les mouvements de la respiration et se prolongeant assez loin vers la région lombaire.

Diagnostic : On aurait pu penser à un rein ptosé, mais l'ictère, les coliques, la continuité avec le foie font penser à une lésion de la vésicule.

Opération : Lobe droit du foie très hypertrophié. Le rein droit est déplacé et volumineux, accolé à la face inférieure de la vésicule un peu distendue.

OBSERVATION XXX

Le Lionnais. Th. Paris, 1896. *Rein ptosé simulant une cholécystite*

Une dame s'offre au D^r Fournier, qui présentait dans l'hypochondre droit une tumeur arrondie, allongée verticalement, haute de 9 cm. Tumeur très mobile en tous sens, sauf en bas. Si l'on tirait en bas, on éprouvait une forte résistance et le malade se plaignait de tiraillement à l'épigastre. Des mouvements se faisaient suivant une courbe dont le centre aurait été au hile du foie. On pouvait dans ce cas, penser à une tumeur de la vésicule dont

le pédicule se serait allongé. La suite prouva qu'il s'agissait d'un rein flottant, adhérent par une bride à la face inférieure du foie.

Troisième groupe

DIAGNOSTIC DE L'APPENDICITE AVEC QUELQUES AFFECTIONS DU REIN DROIT

OBSERVATION XXXI

Inédite. (Recueillie au cours d'un de nos remplacements)
Pyélonéphrite ayant simulé une appendicite

Mme F..., 34 ans, ménagère, nous fait appeler en août 1925, pour douleurs abdominales localisées à droite.

Antécédents : Crise de coliques néphrétiques il y a 2 ans, à la suite de laquelle la malade aurait éliminé du sable dans les urines. La malade qui était en bonne santé a ressenti une douleur qui s'est établie peu à peu, accompagnée de nausées et de quelques vomissements bilieux. La douleur était localisée en bas et à droite. Pas d'hématurie. Pas de pollakiurie. Urines claires. La malade dit avoir eu de la température.

Examen : (7 h. après la crise). Femme obèse. La palpation de la paroi abdominale est peu douloureuse. L'examen est rendu difficile à cause de l'épaisseur de la paroi. On réveille dans la région du point de M. B. une douleur nette, mais paraissant peu localisée. Urines claires. Temp. 37°8. Le lendemain : la douleur nous parut située plus haut que le point de Mac Burney. Urines un peu troubles, où le microscope décela du pus. La malade fit, dans les 15 jours suivants, trois poussées fé-

briles semblables, toujours sans douleurs localisées au point de M. B.

Guérison par le traitement médical (uroformine, régime).

OBSERVATION XXXII

Inédite. Pyélonéphrite ayant simulé une appendicite

Le 2 novembre 1925, Mme D..., 33 ans, entre à l'hôpital St-Antoine, salle Gosselin, n° 12, avec le diagnostic d'appendicite.

Antécédents : Crise d'entérite à 15 ans. Cystite à 17 ans ; soignée à 24 ans pour pyélonéphrite pendant deux mois. Depuis 1916, la malade dit avoir de la température de temps en temps (38° le soir), avec fatigue, mais sans douleur. Vers le 15 septembre 1925, éprouvant quelques nausées, elle consulte son médecin qui aurait trouvé un point appendiculaire très net.

Examen : Pas de douleur provoquée au point de M. B. La palpation du flanc droit montre un point nettement douloureux. Pas de point costo-lombaire. Pas de points urétéraux. Depuis l'entrée à l'hôpital, on note une légère pollakiurie. Température normale. Urines : présence de coli.

OBSERVATION XXXIII

(Jeliu. Th. de Paris). *Opérée d'appendicite antérieurement*
Les douleurs ont persisté. Rein ectopique

Mme B... s'est présentée à la consultation de Laënnec en 1911. Elle souffrait depuis longtemps dans le côté droit de l'abdomen et a été opérée d'appendicite et de

salpingite. Elle continue à souffrir et s'est plaint notamment de douleurs dans la région lombaire. Son rein droit est particulièrement abaissé et mobile ; on peut le saisir presque entièrement au-dessous des côtes. Pensant qu'il existe peut-être une hydronéphrose, on pratiqua un cathétérisme urétéral et une pyélographie. Le cathétérisme ne montre pas de rétention dans ce rein et l'injection de collargol, à 10 % doit être arrêtée 4-6 cm³, la malade éprouvant une vive douleur.

La pyélographie nous montre un bassinets très peu élargi dans le sens transversal, mais en somme à peu près normal. Il n'y a donc pas hydronéphrose, bien qu'il s'agisse d'un rein abaissé, mobile et douloureux.

OBSERVATION XXXIV

(Jeliu). *Appendicite ou hydronéphrose ?*

Mme P..., 53 ans, entrée à l'hôpital Laënnec dans le service de M. Hartmann pour des douleurs siégeant dans la région droite de l'abdomen. La malade a eu plusieurs crises douloureuses qui ont été considérées comme des crises d'appendicite ; néanmoins, cette malade présente un rein notablement abaissé et il est probable que les douleurs dont elles se plaint sont dues en réalité au rein et non à l'appendice.

Pour éclaircir ce point, M. Hartmann nous demande de pratiquer une pyélographie : le bassinets à la forme d'un T, avec deux branches à peu près égales ; la sonde urétérale est venue butter dans l'uretère qui forme ainsi une coudure un peu avant son insertion sur le bassinets. Il semble bien que les douleurs, dans ce cas, ont été dues au rein et non à l'appendice.

OBSERVATION XXXV

Communiquée par notre ami M. le Dr Rimette

Opérée antérieurement d'appendicite. Hydronéphrose probable

Mme L..., 24 ans, a été opérée d'appendicectomie il y a quatre ans, à la suite d'une crise douloureuse dans le côté droit de l'abdomen.

Depuis cette époque, la malade a eu un certain nombre de crises qualifiées coliques hépatiques. En mars dernier, crise débutant par une douleur brusque dans le côté droit ; la malade reste une journée sans uriner. Elle a des nausées, et quelques irradiations vers la cuisse droite.

Depuis mars, deux crises analogues sans jamais d'hématurie.

Dans le courant d'août 1925, crise avec hématurie à caractère terminal.

Examen : La malade ne souffre plus ; elle n'a pas de pollakiurie. Urines légèrement troubles. Examen bactériologique négatif. Les reins sont inaccessibles à la palpation de la région lombaire droite. Cathétérisme urétéral normal. Radiographie : ombre rénale faible, un peu volumineuse en position normale. Il s'agit évidemment d'une petite hydronéphrose, mais elle n'est pas suffisamment volumineuse pour nécessiter une intervention.

Devant l'insistance de la malade, on pratique une néphrectomie.

Le rein extirpé montre une dilatation minime du bassinet. Guérison.

OBSERVATION XXXVI

Jeliu (Thèse Paris, 1919-1920). *Opérée d'appendicite antérieurement. Hydronéphrose probable*

Mme F..., 42 ans, est venue à l'hôpital Necker, le 14 octobre 1912, avec des douleurs dans la région abdominale du côté droit. Cette malade a été opérée antérieurement d'appendicite et porte une cicatrice au niveau de la région appendiculaire. Mais, depuis, elle a continué à souffrir comme avant et présente des douleurs dont le siège paraît plutôt être dans la région lombaire et qui s'irradient vers la région abdominale inférieure.

Une pyélographie est pratiquée ; elle montre un bassinet d'apparence à peu près normale, divisé en deux grands calices, avec nombreuses ramifications sur le calice inférieur. Le bassinet n'est pas volumineux ; il existe un collet bien marqué, peut-être un peu étroit.

La malade a quitté l'hôpital sans qu'aucune intervention nouvelle ait été pratiquée.

Conclusions

1° La cholécystite, l'appendicite et certaines affections (ptose, hydronéphrose, néoplasme) peuvent se simuler réciproquement et donner lieu à de grandes difficultés de diagnostic.

2° Aucune de ces affections ne présente de symptôme vraiment pathognomonique, capable, à lui seul d'affirmer un diagnostic positif.

3° Toutefois, il est des symptômes auxquels on doit attribuer une valeur particulière ; ce sont :

a) Dans les cas où le diagnostic se pose entre cholécystite et appendicite :

- La présence d'une tumeur.
- Le siège maximum de la douleur.
- L'ictère.

b) Dans les cas où le diagnostic se pose entre une cholécystite et :

1) Un rein ptosé :

- La température ;
- La mobilité de la tumeur ;

Le contact lombaire ;

L'existence d'antécédents lithiasiques.

2) Un néoplasme :

Ces caractères de la tumeur.

3) Une hydronéphrose :

La périodicité des crises douloureuses ;

La variabilité de la tumeur.

c) Dans le cas où le diagnostic se pose entre une appendicite et,

1) Un rein ptosé :

La présence d'une tumeur nette.

2) Une hydronéphrose :

L'histoire des crises et la périodicité de leur répétition.

L'examen urinaire.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris.

LAPIE.

Bibliographie

ADENOT. — Cholécystite à forme d'appendicite. — *Lyon Médical*, 1901.

BARNSBY. — 15^e Congrès français de Chirurgie, octobre 1902.

BINET. — *Archives des maladies de l'app. digestif*, 1921.

BURET. — Thèse de Paris, 1883.

CHAUFFARD A. — Leçons sur la lithiase biliaire. — Art. lithiase biliaire, in *Traité de Médecine de Charcot*.

CYR. — Des causes d'erreur dans le diagnostic de l'affection calculeuse du foie. — *Arch. générales de méd.*, fév. 1890.

DEGUILLAUME. — Thèse de Paris, 1910-1911.

DIEULAFOY. — *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1905-1906.

DREYFUS. — Thèse de Lyon, 1902-1903.

DUVAL P. — Etudes médico-chirurgicales sur le duodénum.

GÉRARD MARCHAND. — *Soc. de Chirurgie*, avril 1897.

GIRARD. — Thèse de Paris, 1910-1911.

GUINARD. — *Journal des Praticiens*, 19 déc. 1908.

— *Soc. de Chirurgie*, janvier 1904.

GILBERT et LEREBoullet. — *Soc. de biologie*, 23 mai 1903.

HARTMANN. — Travaux de chirurgie biliaire.

JELIU. — Thèse de Paris, 1919-20.

LAFOIS J. — Thèse de Paris, 1911-1912.

- LAPEYRE. — *Revue de Chirurgie*, 1901.
- LECHEVALLIER. — Thèse de Paris, 1912-13.
- LE GENDRE P. — *Soc. Médicale des Hôpitaux*, 3 novembre 1905.
- *Journal des Praticiens*, 17 mars 1906.
- LE FORT (RENÉ). — *Echo Médical du Nord*, 27 sept. 1903.
- LEJARS. — Valeur et indications de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. — *Semaine Médicale*, 1902.
- Exploration clinique et diagnostic chirurgical.
- LE LIONNAIS. — Thèse de Paris, 1895-96.
- LÉVY. — Thèse de Nancy, 1904.
- MICHAÏL et O. ILIESCU. — *Bull. de l'Académie de Médecine*, janv. 1926.
- PIARD. — Thèse de Paris, 1895-1896.
- RAMOND F. — *Le Médecin français*, 1^{er} juin 1921.
- RAMOND F. et JACQUELIN. — *Bull. de Société Méd. des Hôpitaux*, 1921, p. 1440.
- REYNÈS. — 13^e Congrès international des Sciences médicales, Paris, août 1900.
- STEVENS. — Cas obscurs de maladies de la vésicule biliaire. — *New-York Méd.*, 1898.
- TALAMON. — Appendicite et pérityphlite. (Coll. Charcot et Debove).
- TERRIER. — *Gazette hebdomadaire*, déc. 1905.
- *Gazette hebdomadaire*, déc. 1895.
- TRIPPIER et PAIROT. — Péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire.
- TULASNE. — Thèse de Paris, 1903-04.
- THEVENIN. — Thèse de Paris, 1906-07.
- VAUTRIN. — *Revue de Gynécologie*, 1898. — Des appendicites anormales.
- VERGRIETE. — Thèse de Paris, 1898-99.